



*Filipa Valente Teixeira*

**CRENÇAS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE RELATIVAS À OBESIDADE**

**TESE DE DOUTORAMENTO**

PSICOLOGIA

*2015*

Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

CRENÇAS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE RELATIVAS À OBESIDADE

Filipa Valente Teixeira

Janeiro de 2015

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, elaborada sob a orientação do Professor Doutor José Luis Pais-Ribeiro (FPCEUP) e da Professora Doutora Ângela Costa Maia (Escola de Psicologia, Universidade do Minho).

## Resumo

Os profissionais de saúde, especialmente nos cuidados de saúde primários, assumem um papel relevante no combate da obesidade. No entanto, estudos recentes têm revelado que estes não parecem estar a dar a devida importância a esta doença, manifestando crenças e atitudes negativas que parecem estar a contribuir para práticas desadequadas. Perante a escassez de informação sobre a forma como os profissionais de saúde portugueses percebem o fenómeno da obesidade, pretendeu-se com o atual estudo compreender e caracterizar as crenças, atitudes e práticas de médicos de clínica geral e familiar, enfermeiros e nutricionistas relativas à obesidade. Foi adotado um *design* misto, tendo-se realizado, primeiramente, entrevistas aos três grupos amostrais, as quais foram analisadas segundo os princípios da Análise Temática. Estas, a par da literatura existente, serviram de base para a construção de um questionário que foi posteriormente distribuído pelas instituições de cuidados de saúde primários da zona Norte do país, tendo-se obtido uma amostra de 628 profissionais de saúde.

Os três grupos assemelham-se quanto às crenças face às causas e consequências da obesidade, depositando a responsabilidade do desenvolvimento desta doença e do seu tratamento nos obesos. As crenças e atitudes tendem a ser negativas a ambivalentes, embora os nutricionistas se diferenciem significativamente ao apresentarem atitudes mais negativas. Os médicos parecem apresentar um papel passivo e um certo desinvestimento na intervenção da obesidade, enquanto os nutricionistas e enfermeiros demonstram um papel ativo, caracterizado pela persistência. No entanto, os nutricionistas diferenciam-se de ambos os grupos ao reportarem uma maior perceção de eficácia, menores dificuldades, menor frustração e maior frequência de práticas relativamente ao tratamento da obesidade, recorrendo a práticas consideradas mais eficazes no alcance de mudanças comportamentais.

Os nutricionistas surgem como o grupo melhor preparado para lidar com a obesidade, enquanto a falta de preparação dos médicos e enfermeiros poderá estar a comprometer a eficácia das intervenções implementadas. A melhoria da formação de todos os grupos de profissionais torna-se, assim, perentória. Este estudo revelou ainda um conjunto de barreiras e lacunas relativamente à organização dos CSP que devem ser tomadas em consideração para que o desenvolvimento de medidas de combate à obesidade seja cada vez mais eficaz e se possa repercutir na redução dos números desta epidemia.

## **Abstract**

Healthcare professionals, especially those working in public primary care setting, have a relevant role in the treatment of obesity. However, recent studies indicate that these professionals are not taking the issue of obesity as seriously as they should, holding negative beliefs and attitudes which seem to be contributing to inadequate and uncoordinated practices. In Portugal, nothing is known about the way Portuguese healthcare professionals are perceiving and dealing with the phenomenon of obesity. With this study we aimed to understand and characterize the beliefs, attitudes and practices of Portuguese general practitioners, nurses and dietitians about obesity. We used a mixed design, conducting, in the first place, interviews to participants from the three sample groups. The interviews were analyzed according to the procedures of Thematic Analysis. This first phase supported the development of a questionnaire which was, then, distributed to all primary care institutions in the North of Portugal. The questionnaire was delivered by 628 professionals.

The three groups are similar in relation to the beliefs about the causes and consequences of obesity, perceiving the development and treatment of this disease in terms of patients' responsibility. The beliefs and attitudes towards obese patients are mainly negative to ambivalent. However, dietitians are significantly different, holding more negative attitudes. While general practitioners seem to present a passive role and disengagement concerning obesity treatment, dietitians and nurses present an active role, where persistence emerge as a key component. However, significant differences were found, with dietitians reporting higher perceived efficacy, fewer difficulties, lower frustration and higher frequency of practices in relation to obesity treatment. They also use more frequently adequate practices and strategies related to behavioral change.

Dietitians emerge as the best prepared group to deal with obesity, while the lack of knowledge and education of general practitioners and nurses seems to be compromising the effectiveness of their interventions. Improves in education are should, therefore, be prioritized. This study also revealed a set of barriers and gaps concerning primary care organization that should be addressed in the development of health policies and interventions in order to achieve an efficient reduction of this pandemic.

## Résumé

Les professionnels de santé, particulièrement en soins de santé primaire, ont un rôle important dans la lutte contre l'obésité. Néanmoins, des études récentes ont montré que ces professionnels ne sont que partiellement sensibles à la problématique, et qu'ils présentent des croyances et attitudes négatives envers l'obésité, ce qui contribue à des pratiques inadéquates. Le manque de connaissance sur la perception des professionnels de santé au Portugal a contribué à la mise en place de la présente étude afin de comprendre et caractériser les croyances, attitudes et pratiques des médecins généralistes, des infirmiers et des nutritionnistes concernant cette maladie. Un design mixte a été adopté. Dans une première partie, des entretiens aux trois groupes de professionnelles ont été effectués puis analysés selon l'analyse thématique. Celles-ci ont servi de base pour la construction d'un questionnaire qui a été distribué dans un deuxième temps aux centres de soins de santé primaire dans la région Nord du pays. Un total de 628 professionnels de santé a répondu à ce questionnaire.

Les trois groupes se ressemblent concernant aux croyances sur les causes et conséquences de l'obésité, en responsabilisant les personnes obèses du développement de leur maladie et de leur traitement. Les croyances et attitudes ont tendance à être négatives à ambivalentes, bien que les nutritionnistes se sont différenciés significativement en présentant des croyances plus négatives. Les médecins ont démontré un rôle passif et un certain désinvestissement sur la prise en charge de l'obésité, contrairement aux nutritionnistes et infirmiers qui ont montré un rôle plus actif, qui se caractérisait par la persistance. Néanmoins, les nutritionnistes se sont différenciés des deux autres groupes en démontrant une plus grande perception de l'efficacité, moins de difficultés, moins de frustration et une plus grande fréquence des pratiques du traitement de l'obésité, en utilisant des pratiques considérées comme plus efficaces vis-à-vis du changement comportemental. Les nutritionnistes apparaissent comme le groupe le mieux préparé pour faire face à l'obésité, tandis que le manque de préparation des médecins et des infirmiers peut éventuellement compromettre l'efficacité des interventions mises en place. Améliorer la formation de tous les groupes de professionnels devient donc primordial. Cette étude a également révélée un certain nombre d'obstacles et de lacunes concernant l'organisation des soins de santé primaires qui doivent être pris en compte dans l'élaboration de mesures de lutte contre l'obésité plus efficaces et pouvant réduire les chiffres de cette épidémie.

“De tudo ficaram três coisas...  
A certeza de que estamos sempre recomeçando...  
A certeza de que precisamos continuar...  
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...  
Portanto devemos fazer da interrupção um caminho novo...  
Da queda, um passo de dança...  
Do medo, uma escada...  
Do sonho, uma ponte...  
Da procura, um encontro...”  
(Fernando Sabino)

## AGRADECIMENTOS

A elaboração da presente Tese de Doutorado foi uma trajetória longa e marcada por inúmeros desafios, incertezas, decepções, surpresas, alegrias e vitórias. Trilhar este caminho implicou a mobilização de uma grande energia, vontade e perseverança que trouxeram consigo força, vigor e uma enorme evolução e crescimento pessoal e profissional. Indispensáveis em cada momento da caminhada, e sem nunca faltarem com apoio e compreensão, os meus pais foram aqueles que mais viveram e partilharam comigo este percurso. Foram o meu "abrigo" e "porto seguro" e sempre me fizeram acreditar que seria capaz de alcançar os meus objetivos. Sem eles a concretização deste sonho não teria sido possível e por isso, a eles dedico este trabalho.

Mas várias outras pessoas, de uma forma mais ou menos direta, contribuíram para o desenvolvimento do presente trabalho. Na impossibilidade de falar de todas, realço aquelas que merecem maior destaque e às quais gostaria de demonstrar a minha profunda gratidão e apreço:

Ao Professor José Luis Pais-Ribeiro, por todo o apoio e disponibilidade demonstrada, pelas sugestões críticas apresentadas, pelos incentivos e por ter acreditado quer neste projeto, quando era ainda um mero esboço, quer em mim, mesmo sem nunca nos termos cruzado previamente. O meu mais sincero obrigado.

À Professora Ângela Maia, por, há sete anos atrás, ter visto em mim competências que eu ainda não sabia ter, por me ter encorajado a abrir asas e voar, pela confiança que sempre depositou em mim, pela partilha de conhecimentos e experiência, pela disponibilidade, apoio e motivação constantes. Poucos têm a sorte de ter um mentor em vez de um orientador.

A todos os elementos que foram integrando a Unidade de Investigação Aplicada em Justiça e Violência da Universidade do Minho que, apesar da divergência temática, sempre me acolheram e em conjunto permitiram o debate de ideias, o desenvolvimento de novos interesses e o aprofundar de conhecimentos essenciais para a prossecução deste trabalho. Agradeço especialmente à Vanessa Azevedo, ao Ricardo Pinto, à Cristina Mesquita e ao Carlos Osório.

A todos os investigadores, teóricos e clínicos com quem tive oportunidade de me *cruzar* em reuniões nacionais e internacionais, pela partilha e pelos ensinamentos que me permitiram.

A todas as instituições de saúde e a todos os profissionais de saúde que colaboraram e demonstraram interesse pelo estudo, tornando possível a sua concretização. Obrigado por "não se estarem a borrifar para os doutoramentos", por perceberem nestes uma oportunidade de desenvolvimento do conhecimento científico e de melhoria da sua formação e práticas baseadas na evidência. Obrigado pelo tempo dispendido, pela troca de experiências e por terem "feito valer a pena" ao demonstrarem vontade e determinação em, apesar das atuais dificuldades, querer superarem-se enquanto profissionais, ao querer melhorar as suas práticas e formação, ao querer prestar os melhores cuidados possíveis a todos doentes.

À D. Luisa Santos por todo o apoio logístico, esclarecimentos adicionais, boa disposição e palavras de força.

E por fim, agradeço a todos os meus amigos pelo apoio prestado, pela compreensão e aceitação das minhas ausências e pelos momentos de descontração indispensáveis na manutenção do meu equilíbrio emocional. Mesmo correndo o risco de ser injusta, não posso deixar de mencionar aqueles que se revelaram amizades genuínas e que me confortaram em todos os momentos. Agradeço ao André Bonifácio, à "Leninha" Costa, à Mariana Pinho, à Carla Barbosa, à Sofia Frade e à Sandra Machado. Agradeço também às amigas de infância, aos amigos da Torreira, às amigas do ginásio e aos amigos da Azeituna. São muitos aqueles por quem neste momento sinto uma profunda dívida de gratidão, que só o tempo permitirá subtrair, quer através da partilha do meu contentamento, quer através da disponibilidade que, a partir de agora, terei para com todos. Aos que, direta ou indiretamente, estiveram comigo e me apoiaram, o meu bem haja.

Mas porque "nenhum caminho é longo demais quando caminhado com uma amiga", quero terminar agradecendo especialmente à Joana Silveira por todos os momentos "inesquecíveis e inesperados". Muitos mais nos aguardam.



## **Lista de Abreviaturas**

**CSP** - Cuidados de Saúde Primários

**IMC** - Índice de Massa Corporal

**MCGF** - Médicos de Clínica Geral e Familiar

**MF** - Médico de Família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PS** - Profissionais de Saúde

## Índice geral

	Pág.
<b>Parte I - Introdução</b>	<b>15</b>
Conceito e Epidemiologia da obesidade	16
O papel dos Cuidados de Saúde Primários na prevenção e tratamento da obesidade	19
Os profissionais de saúde e a obesidade	23
Pertinência do tema	27
Referências	31
 <b>Parte II - Estudos Empíricos</b>	 <b>39</b>
<b>Capítulo I – Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: A systematic review</b>	<b>40</b>
Resumo	41
Introdução	42
Método	44
Resultados	44
Discussão	52
Referências	56
 <b>Capítulo II – A qualitative study of GPs' views towards obesity: are they fighting or giving up?</b>	 <b>59</b>
Resumo	60
Introdução	61
Método	62
Resultados	64
Discussão	70

Referências _____	74
 <b>Capítulo III – Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso de profissionais de saúde face à obesidade _____</b>	<b>78</b>
Resumo _____	79
Introdução _____	80
Método _____	81
Resultados _____	84
Discussão _____	96
Referências _____	100
 <b>Capítulo IV – Different setting, different approaches: a qualitative comparison of Portuguese dietitians' beliefs, attitudes and practices about obesity in public and private setting _____</b>	<b>104</b>
Resumo _____	105
Introdução _____	106
Método _____	107
Resultados _____	109
Discussão _____	117
Referências _____	122
 <b>Capítulo V – Beliefs, attitudes, and practices of general practitioners, nurses and dietitians towards obesity: A comparative study _____</b>	<b>126</b>
Resumo _____	127
Introdução _____	128
Método _____	129
Resultados _____	132

Discussão _____	139
Referências _____	143
<b>Parte III - Considerações Finais</b> _____	148
Discussão _____	149
Limitações _____	157
Implicações para a prática _____	159
Futuras investigações _____	160
Referências _____	162

## Índice de Tabelas

Capítulo		Pág.
<b>I</b>	<b>Tabela 1</b> – Summary of main studies on beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers regarding obesity _____	46
<b>II</b>	<b>Box 1</b> - Interview Schedule _____	63
<b>III</b>	<b>Tabela 1</b> - Guião de entrevista _____	82
<b>III</b>	<b>Tabela 2</b> - Características sociodemográficas dos participantes _____	84
<b>III</b>	<b>Tabela 3</b> - Semelhanças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde _____	88
<b>III</b>	<b>Tabela 4</b> - Diferenças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde _____	92
<b>IV</b>	<b>Box 1</b> - Interview schedule _____	109
<b>IV</b>	<b>Box 2</b> - Participants characteristics _____	110
<b>V</b>	<b>Table 1</b> - Sample demographic profile _____	133
<b>V</b>	<b>Table 2</b> - Comparison of GPs, nurses and dietitians' beliefs, attitudes and practices about obesity _____	135

## Índice de Figuras

Secção		Pág.
<b>Introdução</b>	<b>Figura 1</b> - <i>Design</i> exploratório sequencial com ênfase qualitativa e quantitativa	29
<b>IV</b>	<b>Figure 1</b> – Tree map of Persistence _____	111

## **PARTE I - INTRODUÇÃO**

Conceito e Epidemiologia da obesidade

O papel dos Cuidados de Saúde Primários na prevenção e tratamento  
da obesidade

Os Profissionais de Saúde e a Obesidade

Pertinência do tema

## Introdução

### Conceito e epidemiologia

A obesidade, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das epidemias do século XXI, é uma doença crónica, cuja prevalência tem aumentado de forma dramática e numa escala mundial, quer entre a população adulta, quer entre crianças e adolescentes, contribuindo para um acréscimo acentuado das taxas de morbilidade e mortalidade (OMS, 2014).

Caracterizada pela acumulação excessiva de gordura corporal num grau prejudicial à saúde dos indivíduos, e derivada de um consumo de energia superior à que é despendida pelo sujeito, a obesidade apresenta na sua génese uma causalidade multifatorial (OMS, 2014). Fatores hereditários, genéticos, pré-natais, fisiológicos e metabólicos podem aumentar a suscetibilidade do indivíduo para o desenvolvimento desta doença (C. Ogden, Yanovski, Carrol, & Flegal, 2007). No entanto, os motivos mais frequentemente indicados para o seu desenvolvimento prendem-se com o comportamento dos indivíduos associado a fatores sociais, culturais e ambientais. Nomeadamente, a revolução tecnológica e a modernização dos últimos 20/30 anos contribuíram para uma mudança abrupta dos estilos de vida, marcada pela adoção de comportamentos sedentários, no trabalho e no lazer, por uma drástica redução da atividade física e por uma alteração no padrão alimentar, caracterizado pela ingestão de alimentos ricos em gorduras e açúcares simples e com alta densidade energética, por uma maior disponibilidade e acessibilidade a grandes quantidades de alimentos, por um aumento generalizado das porções alimentares, por uma proliferação das refeições processadas e "prontas a comer", designadamente, a *fast food* e pelo aumento da publicidade alimentar, promovendo hábitos alimentares pouco saudáveis (C. Ogden et al., 2007; J. Ogden & Flanagan, 2008; OMS, 2014). Tratam-se, portanto, de um conjunto de transformações promotoras de um ambiente *obesogénico*, facilitador de comportamentos que conduzem ao desenvolvimento da obesidade (Hill & Peters, 1998; Swinburn, Egger, Ph, & Raza, 1999). Pela sua tendência para se perpetuar ao longo do tempo, a obesidade assume um carácter crónico, acarretando inúmeras consequências físicas, psicológicas e sociais para os indivíduos, tais como diabetes, hipertensão arterial, cancro, baixa auto-estima, depressão, ansiedade, discriminação, e incapacidade,



que prejudicam gravemente a saúde e a qualidade de vida, contribuindo para uma elevada morbidade e mortalidade precoce (C. Ogden et al., 2007; OMS, 2014).

Apesar de alguma controvérsia no que concerne à adoção de medidas estandardizadas para classificar o excesso de peso e obesidade (Bombak, 2014; Rothman, 2008), a OMS tem indicado a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC) enquanto indicador geral desta patologia (OMS, 2014). Este índice, obtido através da divisão do peso (quilogramas) dos sujeitos pela sua altura (metros) elevada ao quadrado ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ), determina que os indivíduos com um IMC igual ou superior a  $25\text{kg}/\text{m}^2$  possuem excesso de peso ou são "pré-obesos" e que os sujeitos com um IMC igual ou superior a  $30\text{kg}/\text{m}^2$  são obesos (OMS, 2014).

Efetivamente, nos últimos anos tem-se verificado um crescimento galopante do excesso de peso e obesidade um pouco por todo o mundo. Segundo um estudo realizado por Ng et al. (2014), em 2013, existiam cerca de 2,1 milhões de adultos, acima dos 20 anos de idade, com excesso de peso e obesidade em todo o mundo, verificando-se, entre 1980 e 2013, um aumento de 27.5% de adultos a manifestarem esta patologia. Estima-se assim que, atualmente, 11% da população mundial seja obesa (OMS, 2014), o que, em termos de carga global da doença, representa cerca de 3,9% do total de anos de vida prematuramente perdidos e 3,4 mil mortes por ano devido à obesidade (Ng et al., 2014; OMS, 2014). No que diz respeito à distribuição por sexos, o estudo de Ng et al. (2014) indica que, em termos globais, a prevalência de excesso de peso e obesidade é maior no sexo feminino do que no sexo masculino, sendo que a prevalência no grupo das mulheres evoluiu de 29,8%, em 1980, para 38%, em 2013, enquanto que, no grupo dos homens este aumento foi de 28,8% em 1980 para 36,9%, em 2013. No entanto, este padrão não parece ocorrer de igual forma entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, nos quais a prevalência de excesso de peso e obesidade entre as mulheres é menor no primeiro grupo de países e maior no segundo, verificando-se o oposto no que concerne ao sexo masculino (Ng et al., 2014). Efetivamente, apesar do excesso de peso e obesidade serem habitualmente considerados uma doença dos países desenvolvidos, tem-se registado recentemente um aumento desta patologia em todos os países em desenvolvimento, principalmente em locais como a China, Índia, Arábia Saudita, México e Brasil, estimando-se um aumento médio, por ano, de 0,7% na prevalência de excesso de peso e obesidade (Popkin, Adair, & Ng, 2011). Por sua vez, em termos de países desenvolvidos, os Estados Unidos da América (E.U.A.) continuam a destacar-se pelas suas elevadas taxas de excesso de peso e obesidade, estimando-se

que, atualmente, cerca de um terço da sua população seja obesa, sendo que 31.6% dos homens e 33.9% das mulheres são obesos, o que corresponde a um custo de cerca de 92 milhões de dólares (9%) em despesas de saúde (Flegal, Carroll, Ogden, & Curtin, 2010; Ng et al., 2014; C. L. Ogden, Carroll, Kit, & Flegal, 2013). A Austrália e o Reino Unido são os países onde a prevalência de excesso de peso e obesidade mais significativamente aumentou nos últimos 33 anos, estimando-se que cerca de um quarto das suas populações, acima dos 16 anos de idade, sejam obesas (Ng et al., 2014). A tendência crescente verificada no Reino Unido, é transversal aos restantes países da Europa: entre 1990 e 2008, estima-se que a obesidade tenha evoluído de 4,0% para 28,3% nos homens e de 6,2% para 36,5% nas mulheres, existindo contudo alguma variabilidade geográfica. Nomeadamente, as zonas do Centro, Este e Sul da Europa apresentam taxas de obesidade mais elevadas do que as do Norte e Oeste deste território (Berghöfer et al., 2008).

Portugal não é exceção no quadro epidemiológico da obesidade: cerca de dois terços da população adulta apresenta problemas de excesso de peso, estimando-se que 15% dos portugueses sejam obesos (Miguel & Sá, 2010; Plano Nacional de Saúde, 2012; Sardinha et al., 2012). No estudo realizado por Sardinha et al. (2012), na população portuguesa, entre os 18 e os 103 anos de idade, verificou-se que o excesso de peso e obesidade eram mais prevalentes nas faixas etárias acima dos 65 anos. Especificamente, dos 9447 participantes, 46,7% dos homens e 38,1% das mulheres, entre os 18 e os 65 anos de idade, apresentavam excesso de peso e cerca de 20% dos participantes, em ambos os sexos, na mesma faixa etária, eram obesos. Acima dos 65 anos de idade, 53,6% dos homens e 52,9% das mulheres apresentavam excesso de peso e 16,8% dos homens e 19,8% das mulheres eram obesos. Quando comparado com estudos anteriores (Carmo et al., 2008), verifica-se assim, que também em Portugal se tem registado uma tendência crescente, com a obesidade a aumentar 1.5% nos homens e 3,0% nas mulheres, entre 2007 e 2012 (Sardinha et al., 2012). No entanto, indicadores recentes da OMS têm apontado para uma estagnação destes valores (OMS, 2014). Ainda assim, mais de metade da população portuguesa apresenta problemas de excesso de peso e obesidade, o que representa um agravamento de riscos para a saúde, os quais são acompanhados por um aumento dos custos neste setor, estimando-se que, em Portugal, os custos directos e indirectos da obesidade absorvam mais de 400 milhões de euros, o que em 2002, representava cerca de 3,5% das despesas de saúde (DGS, 2005; Miguel & Sá, 2010; Pereira & Mateus, 2003).

O cenário descrito em termos epidemiológicos apresenta, assim, a obesidade como uma condição crónica, transversal a todas as idades, sexos e culturas e com repercussões nefastas não só para o indivíduo, em termos físicos, psicológicos e sociais, como também para as sociedades, economia, contextos de saúde, etc., sendo prioritário o desenvolvimento de medidas que façam frente a este padrão.

### **O papel dos Cuidados de Saúde Primários na prevenção e tratamento da obesidade**

A multiplicidade etiológica e interação de fatores individuais e ambientais preconizam a obesidade como um fenómeno complexo, cuja prevenção e tratamento representam um enorme desafio para a saúde pública e para todos os seus intervenientes (Frood, Johnston, Matteson, & Finegood, 2013). Reverter o padrão atual da obesidade requer uma abordagem preventiva holística, envolvendo, por um lado, um conjunto de mudanças comportamentais individuais e, pelo outro, transformações ambientais, suportadas pelo desenvolvimento de políticas de saúde que visem a desconstrução de barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável (Nestle & Jacobson, 2000; Sacks, Swinburn, & Lawrence, 2009; Swinburn et al., 1999).

A mudança comportamental em termos individuais passa pela alteração dos hábitos alimentares e de exercício físico (Bombak, 2014; OMS, 2014), nomeadamente, através da diminuição da ingestão de alimentos hipercalóricos, ricos em gordura e açúcar simples, do aumento do consumo de frutas, vegetais e grãos, e da prática regular de exercício físico (150 minutos por semana, no caso dos adultos) (OMS, 2014), sendo igualmente importante que estas alterações sejam sustentadas no tempo. Intervenções individuais e/ou grupo, programas educacionais e melhorias no setor médico-cirúrgico e farmacêutico têm apoiado esta mudança.

No entanto, rapidamente se percebeu que as intervenções individuais, apesar de necessárias, por si só têm um efeito reduzido perante a luta diária e constante dos sujeitos face a um ambiente que promove quer o consumo hipercalórico, quer comportamentos sedentários (Swinburn et al., 1999). Neste sentido, diversas iniciativas políticas, socioeconómicas e comunitárias, de prevenção primária, secundária e terciária, têm sido desenvolvidas por inúmeros países e organizações tendo em vista a mudança, quer dos indivíduos, quer do ambiente obesogénico, procurando assim travar a progressão da epidemia da obesidade. Exemplo disso são o programa *Healthy People*

2010 (Nestle & Jacobson, 2000), desenvolvido nos E.U.A. ou a *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* (OMS, 2014), promovida, desde 2004, pela OMS. Estas iniciativas visam a promoção e facilitação de comportamentos e escolhas saudáveis, associados à alimentação e ao exercício físico, através do desenvolvimento de políticas de saúde que envolvem a comunidade, o setor escolar, a indústria e *marketing* alimentar, a planificação urbanística, o setor dos transportes, entre outros. Algumas destas medidas passam pela criação de ciclovias, pelo aumento do número de horas curriculares destinadas à *educação física*, pela rotulagem adequada de alimentos, pela cobrança de taxas adicionais em alimentos e bebidas considerados pouco saudáveis e por restrições publicitárias dos mesmos, pela diminuição do sal e gorduras nos alimentos processados, pela organização dos alimentos nos supermercados ou pela diminuição do preço de alimentos saudáveis (Hayne, Moran, & Ford, 2004; Nestle & Jacobson, 2000; J. Ogden, 2011; Sacks et al., 2009; Swinburn et al., 1999).

Também em Portugal têm sido várias as iniciativas desenvolvidas para responder ao desafio da obesidade. Em 2005 foi desenvolvido o Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade (DGS, 2005), um programa específico, criado no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, com os objetivos de reduzir as taxas de obesidade, contrariar hábitos determinantes do excesso de peso e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de promoção de um peso saudável na população portuguesa, através de cooperações intersetoriais e multidisciplinares (DGS, 2005). Durante este período, em 2008, foi igualmente criada a Plataforma Contra a Obesidade, uma ferramenta informativa *online*, disponível para toda a comunidade e integrada no Centro de Observação Nacional para a Obesidade e Controlo do Peso (CONOCOP). Em 2011 foi desenvolvido o Plano Nacional de Atividade Física (DGS, 2011), com vista à promoção da atividade física e desporto de forma transversal, continuada e acessível a todos os cidadãos e, desde 2012, os assuntos relacionados com a estratégia da saúde pública para combater a obesidade são tratados no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2012). A preocupação em combater esta epidemia reflete-se também nas prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), estabelecendo-se, entre outros objetivos, a promoção de uma alimentação saudável como forma de combater a obesidade e suas morbilidades (Miguel & Sá, 2010; Plano Nacional de Saúde, 2012).

Efetivamente, o setor de saúde tem sido igualmente incluído em muitas das iniciativas descritas anteriormente (Nestle & Jacobson, 2000; Swinburn et al., 1999). No

entanto, no modelo desenvolvido por Sacks et al. (2008), no qual se estabelecem diferentes linhas de ação em saúde pública no âmbito do combate à obesidade, a importância do setor de saúde é salientada ao considerar-se este domínio como uma via de ação por si só, alertando-se para o desenvolvimento de abordagens adequadas e eficazes em termos de prevenção e tratamento clínico da obesidade. Assim, intervenções neste setor devem incluir os CSP e secundários, ações no âmbito da saúde escolar e nas comunidades.

No entanto, os CSP, com responsabilidades ao nível da promoção da saúde individual e comunitária, prevenção das doenças e diagnóstico e tratamento das mesmas (Miguel & Sá, 2010; OMS, 2008), reúnem condições para incentivar alterações comportamentais e para providenciar conselhos sobre nutrição e exercício físico. A sua organização, centrada e orientada para os indivíduos, pressupõe uma ação pró-ativa e próxima dos mesmos, ao longo de todas as fases da vida, bem como visitas recorrentes e uma continuidade de cuidados de forma sustentada no tempo, criando, assim, oportunidades para a manutenção da motivação dos sujeitos na realização de mudanças comportamentais, para a monitorização e avaliação de progressos, para o fornecimento de *feedback* com oportunidades para reajustes de planos de intervenção e seus objetivos e para a realização de *follow-up* a longo prazo (Nunes et al., 2012a; OMS, 2008; Starfield, Shi, & Macinko, 2005). No âmbito da obesidade, estudos anteriores têm demonstrado que estas oportunidades associadas à frequência e continuidade de contacto com o profissional de saúde promovem uma perda de peso significativa e uma manutenção da motivação para a mudança e manutenção do peso perdido (Cowburn & Summerbell, 1998; Evans, 1999; Middleton, Patidar, & Perri, 2012). De igual modo, como forma de potenciar a abordagem holística dos indivíduos neste contexto e de aumentar a eficácia dos cuidados prestados e a satisfação dos doentes, têm-se dado ênfase à prestação de cuidados multidisciplinares, isto é, cuidados prestados por uma equipa, coordenada por um profissional, em que os restantes membros, com conhecimentos e competências especializadas, contribuem com recomendações que visam a melhoria dos cuidados prestados aos sujeitos (Boon, Verhoef, O'Hara, & Findlay, 2004). Um estudo realizado por Pritchard, Hyndman e Taba (1999) concluiu que, quando a intervenção para a perda de peso era realizada em conjunto pelo médico de família e por um nutricionista, a perda de peso era maior, quando comparada com intervenções realizadas individualmente por estes profissionais. Os CSP tendem também a ser percebidos pelos seus utilizadores como um serviço credível, de confiança

e uma fonte importante de aconselhamento quer sobre estilos de vida, quer sobre aspetos relacionados com a alimentação (Moore, Adamson, Gill, & Waine, 2000). J. Ogden (2011) indica que estes serviços tendem a ser primordialmente escolhidos pelos indivíduos obesos aquando da procura de ajuda para perda de peso, representando para estes, uma primeira porta de acesso a um tratamento supostamente eficaz.

O reconhecimento destas competências nos CSP tem levado ao desenvolvimento de ferramentas e estratégias de ação que visam a potenciação destes serviços, o aumento da sua eficácia e visibilidade de resultados na intervenção da obesidade, bem como a facilitação da ação dos profissionais de saúde (PS) na prevenção e gestão desta doença. Exemplo disso são o investimento na formação e treino dos profissionais de saúde na implementação de estratégias de avaliação, intervenção e motivação dos obesos com recurso à entrevista motivacional ou utilização de estratégias cognitivo-comportamentais que facilitem a mudança dos doentes; o desenvolvimento de *guidelines* cada vez mais baseadas na evidência e adaptadas às necessidades e características deste contexto de saúde (Frood et al., 2013; Lyznicki, Young, Riggs, & Davis, 2001; Maryon-Davis, 2005); e, a adaptação do modelo dos *5A's* (*Ask, Assess, Advice, Agree, Assist*) (Vallis, Piccinini-vallis, Sharma, & Freedhoff, 2013), usualmente utilizado na cessação de comportamentos tabágicos, mas que tem demonstrado resultados promissores no âmbito da intervenção na obesidade (Rueda-Clausen et al., 2014). Todavia, de uma forma geral, estudos sobre a eficácia da intervenção na obesidade nos CSP revelam resultados negativos em que, apesar dos doentes perderem algum peso, não é uma perda significativa, não ultrapassando os 5% do seu peso inicial (Booth, Prevost, Wright, & Gulliford, 2014; Tsai & Wadden, 2009). Estes resultados têm suscitado um profundo interesse em alguns investigadores no sentido de perceberem o que poderá estar a contribuir para alguns dos fracassos identificados. Têm sido várias as explicações e barreiras identificadas até ao momento, sendo que, do ponto de vista dos doentes, a perceção de atitudes e comportamentos estigmatizantes por parte dos PS, associada à perceção de conhecimentos inadequados por parte dos mesmos e constrangimentos na abordagem do excesso de peso parece quebrar a confiança depositada nos profissionais, inibir estes doentes de procurarem ajuda ou levá-los a apresentar menores perdas de peso (Brownell & Puhl, 2003; Gudzone, Bennett, Cooper, & Bleich, 2014; Gunther, Guo, Sinfield, Rogers, & Baker, 2012; Malterud & Ulriksen, 2010; Mold & Forbes, 2013). Do ponto de vista dos PS, a falta de tempo em consulta, a falta de comprometimento e de adesão terapêutica dos

obesos, a ausência de reconhecimento da obesidade enquanto problema de saúde por parte dos obesos, comunidade, governo e outros PS, a falta de conhecimento e competências adequadas para abordarem esta doença, a percepção de baixa eficácia das suas intervenções e a percepção de inadequação das *guidelines* recomendadas parecem contribuir para uma certa relutância na abordagem da obesidade (Budd, Mariotti, Graff, & Falkenstein, 2011; Gunther et al., 2012; Lyznicki et al., 2001).

Efetivamente, alguns investigadores têm indicado as crenças, atitudes e práticas dos PS como os possíveis responsáveis pelos resultados insatisfatórios das intervenções na obesidade nos CSP. Torna-se assim essencial compreender melhor estas dimensões por forma a desconstruir entraves ao tratamento adequado e eficaz da obesidade neste contexto de saúde.

### **Os profissionais de saúde e a obesidade**

Médicos de clínica geral e familiar (MCGF), enfermeiros e nutricionistas assumem, nos CSP, um papel primordial na intervenção na obesidade enquanto agentes promotores da mudança comportamental e da adoção de um estilo de vida saudável. No entanto, estudos indicam que estes profissionais não parecem estar a empenhar-se devidamente nesta tarefa, apresentando uma ação inconsistente e descoordenada, assim como crenças e atitudes negativas face à obesidade e aos obesos, as quais parecem estar a influenciar negativamente as suas práticas, ao não efetuarem uma abordagem, diagnóstico e intervenção adequados, nem encaminharem os doentes para serviços especializados, contribuindo, assim, para a manutenção e exacerbação dos casos de obesidade (Budd et al., 2011; Evans, 1999; J. Ogden, 2011).

Tradicionalmente, o MCGF ou médico de família (MF) tem assumido um lugar de destaque nos CSP, surgindo como o pivô destes serviços. Os profissionais desta área são considerados a primeira via de acesso aos cuidados de saúde, sendo responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados dirigidos quer ao indivíduo e à sua família, quer à comunidade, estabelecendo com estes uma relação de confiança através de contactos repetidos. Na lógica da missão dos CSP, os MF desempenham o seu papel promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos, realizando-o de forma direta e individual ou em colaboração com outros recursos disponíveis, auxiliando os doentes a acederem a esses mesmos serviços (Starfield et al., 2005; WONCA, 2002). Tal como já foi

mencionado, os doentes obesos demonstram uma elevada confiança e preferência por estes PS aquando da prestação de conselhos e de apoio na perda de peso (J. Ogden, 2011). De igual modo, estudos indicam também que este grupo de doentes considera que o seu MF tem um papel a desempenhar no apoio da perda de peso, considerando muito úteis as informações sobre alimentação e exercício físico prestadas por este profissional, sentindo-se, inclusivamente, mais predispostos a efetuar mudanças quando o aconselhamento é feito por este do que por um nutricionista ou enfermeiro (Galuska, 1999; Tan, Zwar, Dennis, & Vagholkar, 2006).

De acordo com o papel e funções dos MCGF nos CSP, é esperado que estes iniciem a abordagem sobre o excesso de peso quer junto dos pré-obesos, quer junto dos obesos, alertem para os riscos do excesso de peso, forneçam informação sobre alimentação e exercício físico e motivem o doente para alterar o seu estilo de vida, estabelecendo, em conjunto, objetivos razoáveis de perda de peso, monitorizando os progressos e fazendo reajustes ao plano estabelecido, e referenciando o doente para serviços especializados sempre que necessário (Lyznicki et al., 2001). No entanto, a vasta literatura relativa às crenças, atitudes e práticas dos MCGF neste contexto é unânime quanto à existência de conhecimentos e de competências inadequados face à obesidade e seu tratamento, e de crenças ambivalentes e de atitudes negativas face aos obesos, que são descritos como desmotivados, preguiçosos e com ausência de auto-controlo e de responsabilidade face ao tratamento. Estes profissionais consideram que lidar com o problema da obesidade não é fácil, manifestam baixas expectativas de resultados quanto à perda de peso e sentem-se, muitas vezes, frustrados e pouco sucedidos, perspetivando o seu papel no tratamento da obesidade de uma forma negativa. As práticas demonstradas são inconsistentes, refletindo algum ceticismo quanto à eficácia das intervenções existentes, sendo igualmente demonstrada relutância na implementação das *guidelines* atuais, as quais são descritas como desadequadas e descontextualizadas da realidade de ação destes profissionais (Budd et al., 2011; Epling, Morley, & Ploutz-Snyder, 2011; Fogelman et al., 2002; Foster et al., 2003; Hayden, Dixon, Piterman, & Brien, 2008; J. Ogden & Flanagan, 2008; J. Ogden, 2011).

No caso dos enfermeiros, profissionais igualmente responsáveis pela promoção e proteção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestação de cuidados aos indivíduos em todas as fases da sua vida (Nunes et al., 2012b), é possível verificar que, apesar de se demonstrarem preocupados com o fenómeno da obesidade e de considerarem que a intervenção nesta doença faz parte das suas funções, manifestam, tal



como os MF, crenças e atitudes negativas em relação aos obesos e à capacidade destes efetuarem mudanças do estilo de vida (Brown, Stride, Psarou, Brewins, & Thompson, 2007; Budd et al., 2011; Jallinoja et al., 2007). Ainda assim, segundo a revisão efetuada por Budd et al. (2011), tem-se observado uma evolução positiva relativamente às crenças, atitudes e práticas destes profissionais. Efetivamente, enquanto que no estudo realizado por Brown et al. (2007) eram notórias atitudes negativas e de repulsa quer em relação aos obesos, quer em relação à intervenção junto destes doentes, no estudo de Phillips, Wood e Kinnersley (2014), apesar de os enfermeiros descreverem os obesos como desmotivados, resistentes à mudança, com expectativas irrealistas quanto à perda de peso, demonstrando preferência por uma perda fácil e rápida, há uma preocupação em evitar atitudes e comportamentos estigmatizantes, demonstrando empatia e compreensão pelas dificuldades sentidas por estes doentes, procurando apoiá-los, valorizando pequenas mudanças comportamentais e ajudando-os a traçar metas mais exequíveis. Salienta-se, contudo, alguma escassez de literatura relativa a este grupo de profissionais, com os estudos existentes a apresentarem conclusões divergentes, parecendo existir alguma variabilidade organizacional e cultural, o que, por vezes, inviabiliza generalizações. No entanto, e de uma forma geral, é possível afirmar que os enfermeiros consideram a obesidade uma área importante de intervenção, à qual se deveria prestar mais atenção (Hansson, Rasmussen, & Ahlstrom, 2011; Jallinoja et al., 2007; Nolan, Deehan, Wylie, & Jones, 2012). Estes profissionais tendem a percecionar o seu papel de uma forma ativa e positiva, sentindo-se competentes e capazes de abordar o problema do excesso de peso (Hansson et al., 2011; Hoppé & Ogden, 1997; Phillips et al., 2014), intervindo no âmbito da alimentação, aconselhando a diminuição das porções e da ingestão de alimentos ricos em gordura e açúcar e aconselhando a prática regular de exercício físico, com aumento da duração e intensidade de forma progressiva (Brown et al., 2007; Hansson et al., 2011; Phillips et al., 2014). Todavia, alguns estudos apontam para a existência de constrangimentos na abordagem do excesso peso, com os enfermeiros a demonstrarem preferência por abordarem esta problemática somente na presença de co-morbilidades ou de um IMC elevado, temendo reações negativas por parte dos doentes e uma deterioração da relação terapêutica (Hansson et al., 2011; Jallinoja et al., 2007; Michie, 2007; Phillips et al., 2014). Paradoxalmente, estes profissionais indicam possuir conhecimentos insuficientes quanto à forma de abordarem os obesos e quanto à implementação de estratégias motivacionais e de estratégias cognitivo-comportamentais que facilitem a mudança comportamental

(Budd et al., 2011; Hansson et al., 2011; Jallinoja et al., 2007; Nolan et al., 2012). Salienta-se ainda que no estudo efetuado por Phillips et al. (2014), estes profissionais demonstravam intervir com base nas suas próprias perceções e experiências de perda de peso ao invés de recorrerem a estratégias validadas e baseadas na evidência. Efetivamente, outros estudos têm demonstrado que à semelhança dos MF, também os enfermeiros demonstram desconhecimento das *guidelines* ou tendem a rejeitá-las por considerarem-nas desadequadas (Hansson et al., 2011; Phillips et al., 2014). Este grupo tende igualmente a considerar as suas intervenções pouco sucedidas e sustentadas no tempo, demonstram baixas expectativas de resultados positivos, percecionando o tratamento como difícil de implementar, sentindo-se por vezes frustrados (Hansson et al., 2011; Mercer & Tessier, 2001; Nolan et al., 2012; Phillips et al., 2014). Todavia, tendem a perspetivar estes fracassos e dificuldades como advindo das características dos doentes e dos seus problemas de adesão, os quais são apontados como uma barreira à ação dos enfermeiros (Hansson et al., 2011; Hoppé & Ogden, 1997; Mercer & Tessier, 2001; Nolan et al., 2012; Phillips et al., 2014). Enumeram ainda barreiras estruturais, como a falta de tempo em consulta ou falta de recursos assistenciais, ou barreiras culturais como a desvalorização da obesidade pela comunidade e pela classe política (Budd et al., 2011; Hansson et al., 2011; Nolan et al., 2012; Phillips et al., 2014).

Relativamente ao grupo dos nutricionistas, a literatura é ainda mais escassa e deveras incoerente. No entanto, todos os estudos apontam para a definição destes profissionais como os líderes perentórios na intervenção nutricional e alteração do padrão alimentar dos sujeitos obesos. Devido à sua formação e competências adquiridas durante a mesma, os nutricionistas tendem a considerar-se o grupo mais influente e melhor preparado para lidar com a obesidade e perda de peso, considerando a intervenção nesta área como primordial e frequente na sua prática clínica (Barr, Yarker, Levy-Milne, & Chapman, 2004; Campbell & Crawford, 2000; Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014). As suas práticas são orientadas pelas principais *guidelines* definidas para a intervenção na obesidade, abrangendo essencialmente alterações no padrão alimentar dos obesos e incentivo à prática de exercício físico, com recurso a estratégias motivacionais e cognitivo-comportamentais, adotando, igualmente, uma postura flexível e compreensiva, com a criação de oportunidades de contactos frequentes e prolongados no tempo por forma a potenciarem resultados positivos e eficazes (Campbell & Crawford, 2000; Chapman et al., 2005; Cowburn & Summerbell, 1998; Zinn, Schofield, & Hopkins, 2013). Tendem, assim, a manifestar uma elevada auto-eficácia e

competência, descrevendo as suas intervenções como maioritariamente bem sucedidas (Barr et al., 2004; Harvey, Summerbell, Kirk, & Hill, 2002; Zinn et al., 2013). No entanto, no estudo de Campbell e Crawford (2000), os 400 nutricionistas australianos questionados revelaram-se pessimistas não só em relação à sua eficácia, como em relação à manutenção da perda de peso dos obesos a longo prazo. Ainda assim, globalmente, os nutricionistas manifestam uma elevada vontade e motivação em melhorarem continuamente a sua formação, desejando adquirir mais conhecimentos e competências, principalmente em termos de estratégias motivacionais (Barr et al., 2004; Campbell & Crawford, 2000). Salienta-se ainda o facto de em alguns estudos, estes profissionais mencionarem que os resultados obtidos poderiam ser mais rentabilizados se nos CSP fossem criadas mais oportunidades para o desenvolvimento de medidas preventivas e se os outros PS realizassem encaminhamentos atempados e preventivos ao invés de curativos, alertando para a necessidade de se sensibilizar e enfatizar a obesidade neste contexto (Campbell & Crawford, 2000; Chapman et al., 2005; Stone & Werner, 2012). No que concerne às crenças e atitudes destes profissionais face aos obesos, a literatura é pouco consensual, com estudos a apontarem quer para a presença de atitudes positivas (Harvey et al., 2002; McArthur, 1995), quer de atitudes neutras (Harvey et al., 2002; McArthur & Ross, 1997), quer negativas (Campbell & Crawford, 2000; Oberrieder, 1995). No entanto, à semelhança dos MF e dos enfermeiros, os nutricionistas tendem a considerar os obesos responsáveis pela sua condição, os quais devem ser pró-ativos no desempenho das mudanças necessárias para uma perda de peso eficaz. Demonstram-se, assim, igualmente frustrados com a falta de adesão destes doentes, acreditando, contudo, possuírem um papel ativo no apoio e orientação dos obesos, considerando a persistência das suas intervenções um elemento essencial para o alcance de um tratamento bem sucedido (Chapman et al., 2005; Stone & Werner, 2012).

### **Pertinência do tema**

O aumento do número de obesos e o papel e funções de cada um dos PS abordados, associado à valorização e desenvolvimento de equipas multidisciplinares nos CSP, têm chamado a atenção para a ação destes profissionais no âmbito da prevenção e intervenção na obesidade. Perante as lacunas na literatura, salientando a necessidade de se realizarem estudos que envolvam PS que lidem diretamente com a população obesa, como é o caso dos enfermeiros e dos nutricionistas, e os enviesamentos identificados, a

investigação tem sugerido que para se proceder à redução dos mesmos, tendo em vista a melhoria das medidas implementadas e a redução dos números da obesidade, torna-se, primeiramente, necessário compreender e caracterizar as crenças, atitudes e práticas destes PS em relação à obesidade (Budd et al., 2011). De igual modo, alguns dos estudos mencionados anteriormente alertam para a escassez de investigações comparativas entre estes três intervenientes chave e para uma primazia de estudos quantitativos em detrimento de estudos qualitativos, o que impede a abordagem e compreensão aprofundada de alguns dos dados obtidos quantitativamente. Estudos de revisão têm igualmente apontado dificuldades em estabelecerem conclusões adequadas perante a diversidade dos métodos de avaliação e de amostras utilizadas nas diferentes investigações sobre estes três grupos (Budd et al., 2011; Dutton, Perri, Stine, Goble, & Van Vesse, 2010; Jallinoja et al., 2007; Kristeller & Hoerr, 1997).

Face à ausência de estudos realizados no âmbito desta temática em Portugal, torna-se premente a necessidade de aumentar o corpo de conhecimento neste domínio com vista a obtenção de dados originais e relevantes para a prática, que permitam uma melhoria dos serviços de saúde prestados aos sujeitos obesos e que contribuam para o desenvolvimento de intervenções que se revelem eficazes na promoção da mudança comportamental. Assim, com o presente estudo pretendeu-se dar resposta a uma questão essencial: "Como é que os médicos de família, enfermeiros e nutricionistas, em contexto de CSP, percebem e lidam com a obesidade e os obesos?". Pretendeu-se assim alcançar três objetivos principais: 1) explorar e compreender em profundidade como é que estes três grupos de PS percebem a obesidade e os obesos, como perspetivam o seu papel no tratamento desta doença e como lidam com a mesma na sua prática profissional; 2) conhecer e caracterizar as suas crenças, atitudes e práticas relativamente à obesidade, aos obesos e ao seu tratamento e; 3) comparar as crenças, atitudes e práticas dos MCGF, enfermeiros e nutricionistas.

De modo a atingir estes objetivos foi adotada uma abordagem mista, visando utilizar de forma integrada métodos qualitativos e quantitativos para aceder a aspetos menos conseguidos por estas abordagens quando utilizadas separadamente, possibilitando a obtenção de um conhecimento mais aprofundado da percepção dos PS face à obesidade (Hanson, Creswell, Clark, Petska, & Creswell, 2005). Têm sido definidas várias tipologias de *designs* mistos, contudo, para esta investigação, optou-se pela designação apresentada por Creswell e Clark (2007), pois surge com um quadro conceptual bastante pormenorizado e fortemente citado na literatura alusiva à

investigação mista. Assim, tal como é demonstrado na figura 1, o presente estudo segue um *design* exploratório sequencial com ênfase qualitativa e quantitativa. Ou seja, o estudo desenvolveu-se em duas fases distintas, em que a parte qualitativa ocorreu primeiramente por forma a que os dados emergentes da mesma permitissem a identificação de variáveis para a construção de um instrumento de avaliação quantitativo, que possibilitou uma recolha mais ampla de dados, aumentando-se a compreensão do fenómeno em estudo. Os dados foram posteriormente integrados, dando-se uma ênfase equitativa ou igualitária aos resultados obtidos, o que é igualmente defendido por Leech e Onwuegbuzie (2007) para este tipo de *design*.

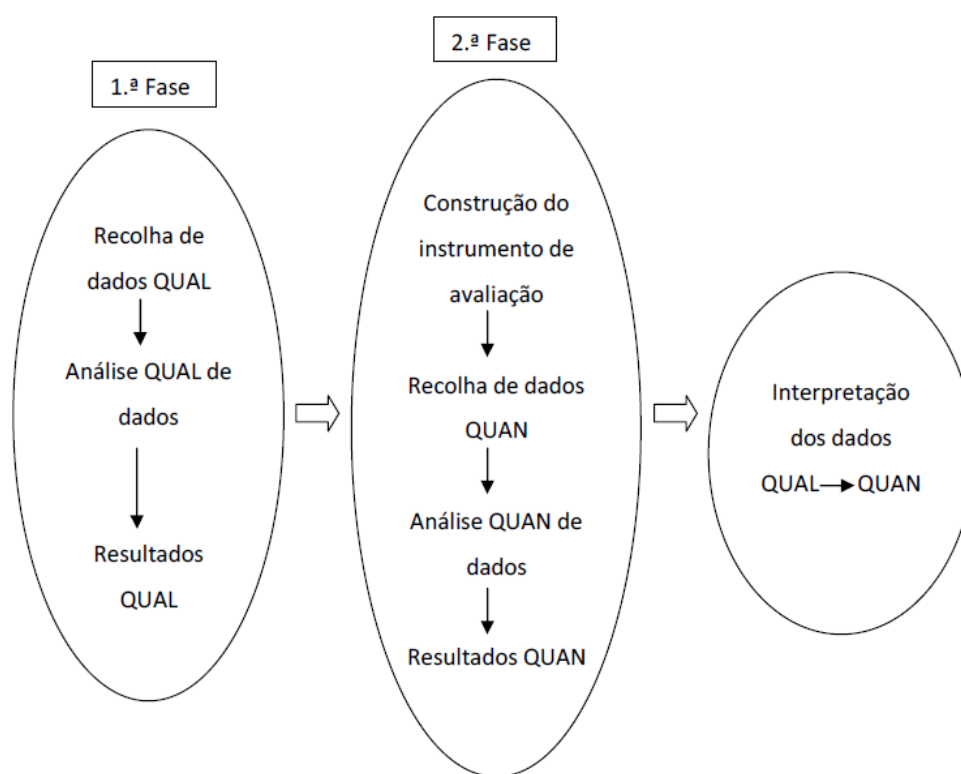


Figura 1 - *Design* exploratório sequencial com ênfase qualitativa e quantitativa

O processo de revisão de literatura e os dados obtidos com a presente investigação deram origem a cinco estudos, os quais se encontram submetidos e/ou publicados enquanto artigos científicos em revistas de circulação nacional e/ou internacional com arbitragem científica. Estes serão apresentados nos próximos capítulos, nos quais se acrescentam mais dados da literatura sobre esta temática, bem como mais detalhes metodológicos, respetivos resultados e discussão dos mesmos.

O Capítulo I visa uma revisão sistemática da literatura sobre as crenças, atitudes e práticas dos MCGF relativamente à obesidade e aos obesos. A realização desta revisão derivou da necessidade de se sintetizar num só estudo temas e variáveis que se encontravam até então dispersos na literatura relativamente a este grupo de PS em contexto de CSP.

O Capítulo II apresenta os resultados qualitativos derivados da realização de entrevistas a MCGF portugueses, as quais foram analisadas de acordo com os princípios da *Análise Temática* (Braun & Clarke, 2006).

O Capítulo III descreve igualmente a um estudo qualitativo, no qual se procurou comparar os resultados das entrevistas realizadas aos MCGF, enfermeiros e nutricionistas, identificando-se semelhanças e diferenças entre estes três grupos de profissionais, relativamente às crenças, atitudes e práticas face à obesidade e aos obesos.

O Capítulo IV diz respeito aos dados qualitativos emergentes das entrevistas realizadas aos nutricionistas, procurando-se, contudo, estabelecer diferenças e semelhanças no que concerne às crenças, atitudes e práticas face à obesidade, entre os nutricionistas que trabalham no setor público e os que trabalham no setor privado. Este é um tópico inexplorado pela literatura no âmbito deste grupo de profissionais, mas que se considera extremamente pertinente dada a primazia de nutricionistas a desempenharem funções no setor privado.

O Capítulo V diz respeito ao estudo quantitativo, no qual se descrevem as crenças, atitudes e práticas dos MCGF, enfermeiros e nutricionistas avaliadas através de um questionário comum aos três grupos de profissionais, facilitando assim a comparação entre estes. Tendo-se constatado a inexistência de um instrumento que satisfizesse os objetivos deste trabalho, desenvolveu-se o questionário "Perceções e práticas dos PS face à obesidade" (Teixeira, Pais-Ribeiro & Maia, 2014), com base numa extensa revisão da literatura e com recurso aos dados qualitativos obtidos previamente. Estes permitiram o desenvolvimento de itens adequados à realidade dos CSP portugueses e à linguagem técnica de cada um dos três grupos de profissionais abordados. Possuindo inicialmente 138 itens, divididos em duas partes distintas, a primeira relativa às crenças e atitudes face à obesidade e aos obesos e a segunda relativa às crenças e barreiras face ao tratamento da obesidade e à frequência das práticas implementadas, o instrumento acabou por ser reduzido para 112 itens. Esta retificação derivou da validação de um conjunto de profissionais de saúde quanto ao tamanho, coerência e adequação dos itens e após ter sido realizada uma análise fatorial de

componentes principais que fundamentou várias alterações, entre as quais a eliminação dos 26 itens. A versão final do questionário resultou, assim, nos 112 itens, distribuídos por seis escalas, cada uma com suas respectivas subescalas. Mais detalhes são apresentados e descritos no mesmo capítulo.

Importa ainda salientar que para a presente investigação, crenças e atitudes foram conceptualizadas de acordo com as definições tradicionalmente apresentadas por Ajzen (2001). Neste sentido, crenças são julgamentos que indicam a probabilidade subjetiva de uma pessoa ou um objeto tenha uma característica particular e atitudes correspondem a uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimentos. Nesta perspetiva, crenças e atitudes são claramente distintas: as crenças são cognitivas (pensamentos e ideias), enquanto que as atitudes são afetivas (sentimentos e emoções).

Por fim, os resultados destes estudos foram integrados e são discutidos na seção relativa às considerações finais, na qual são apontados caminhos futuros mas são também identificadas algumas limitações do presente trabalho, terminando-se com uma reflexão sobre as implicações e contributos do presente trabalho para a investigação científica e para a prática clínica, nomeadamente, para a melhoria da prestação de cuidados aos doentes obesos por parte dos MCGF, dos enfermeiros e nutricionistas em contexto de CSP.

## Referências

- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27–58.
- Barr, S. I., Yarker, K. V, Levy-Milne, R., & Chapman, G. E. (2004). Canadian dietitians' views and practices regarding obesity and weight management. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 17, 503–12. doi:10.1111/j.1365-277X.2004.00562.x
- Berghöfer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, C. M., Sharma, A. M., & Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health*, 8, 200. doi:10.1186/1471-2458-8-200

- Bombak, A. (2014). Obesity , Health at Every Size , and Public Health Policy. *American Journal of Public Health*, 104, e60–e68. doi:10.2105/AJPH.2013.301486
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4, 1–5. doi:10.1186/1472-6963-4-15
- Booth, H. P., Prevost, T. A., Wright, A. J., & Gulliford, M. C. (2014). Effectiveness of behavioural weight loss interventions delivered in a primary care setting: a systematic review and meta-analysis. *Family Practice*, 31, 643–653. doi:10.1093/fampra/cmu064
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 329–41. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x
- Brownell, K., & Puhl, R. (2003). Weight Management and obesity stigma and discrimination in weight management and obesity. *The Permanent Journal*, 7(3), 21–23.
- Budd, G. M., Mariotti, M., Graff, D., & Falkenstein, K. (2011). Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Applied Nursing Research*, 24, 127–37. doi:10.1016/j.apnr.2009.05.001
- Campbell, K., & Crawford, D. (2000). Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(6), 701–10.
- Carmo, I., Dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ... Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9, 11–9. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x
- Chapman, G. E., Sellaeg, K., Levy-milne, R., Ottem, A., Barr, S. I., Fierini, D., ... Focus, W. (2005). Canadian dietitians ' approaches to counseling adult clients seeking weight-management advice. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 1275–1279. doi:10.1016/j.jada.2005.05.004
- Cowburn, G., & Summerbell, C. (1998). A survey of dietetic practice in obesity management. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 11, 191–195. doi:10.1046/j.1365-277X.1998.00096.x



- Creswell, J., & Clark, V. (2007). *Designing and conducting mixed-methods research. The Sage handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- DGS, Direção Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*.
- DGS, Direção Geral de Saúde. (2011). *Plano Nacional de Atividade Física*.
- DGS, Direção Geral de Saúde. (2012). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*.
- Dutton, G., Perri, M., Stine, C., Goble, M., & Van Vesse, N. (2010). Comparison of physician weight loss goals for obese male and female patients. *Preventive Medicine*, 50, 186–8. doi:10.1016/j.ypmed.2010.01.014
- Endevelt, R., & Gesser-Edelsburg, A. (2014). A qualitative study of adherence to nutritional treatment: Perspectives of patients and dietitians. *Patient Preference and Adherence*, 8, 147–154.
- Epling, J. W., Morley, C. P., & Ploutz-Snyder, R. (2011). Family physician attitudes in managing obesity: A cross-sectional survey study. *BMC Research Notes*, 4, 473. doi:10.1186/1756-0500-4-473
- Evans, E. (1999). Why should obesity be managed? The obese individual's perspective. *International Journal of Obesity. Supplement*, 23(suppl 4), S3–S6.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L., & Curtin, L. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*, 303, 235–241. doi:10.1016/S0739-5930(10)79493-9
- Fogelman, Y., Vinker, S., Lachter, J., Biderman, A., Itzhak, B., & Kitai, E. (2002). Managing obesity: A survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 1393–7. doi:10.1038/sj.ijo.0802063
- Foster, G. D., Wadden, T. a, Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., & Kessler, A. (2003). Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research*, 11, 1168–77. doi:10.1038/oby.2003.161
- Frood, S., Johnston, L., Matteson, C., & Finegood, D. (2013). Obesity, complexity, and the role of the health system. *Current Obesity Report*, 2, 320–326. doi:10.1007/s13679-013-0072-9
- Galuska, D. a. (1999). Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA*, 282, 1576–1578. doi:10.1001/jama.282.16.1576

- Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A., & Bleich, S. N. (2014). Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss : A cross-sectional study of overweight and obese patients. *Preventive Medicine*, 62, 103–107. doi:10.1016/j.ypmed.2014.02.001
- Gunther, S., Guo, F., Sinfield, P., Rogers, S., & Baker, R. (2012). Barriers and enablers to managing obesity in general practice: A practical approach for use in implementation activities. *Quality in Primary Care*, 20(2), 93–103.
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 224–235. doi:10.1037/0022-0167.52.2.224
- Hansson, L. M., Rasmussen, F., & Ahlstrom, G. I. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice*, 12, 3-10. doi:10.1186/1471-2296-12-7
- Harvey, E. L., Summerbell, C. D., Kirk, S. F. L., & Hill, a J. (2002). Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15(5), 331–47.
- Hayden, M., Dixon, J., Piterman, L., & Brien, P. (2008). Physician attitudes, beliefs and barriers towards the management and treatment of adult obesity : A literature review. *Australian Journal of Primary Health*, 14(3), 9–18.
- Hayne, C., Moran, P., & Ford, M. (2004). Regulating environments to reduce obesity. *Journal of Public Health Policy*, 25, 391–407.
- Hill, J., & Peters, J. (1998). Enviromental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371–1374.
- Hoppé, R., & Ogden, J. (1997). Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 21(2), 141–6.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change : Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244–249. doi:10.1080/02813430701691778
- Kristeller, J., & Hoerr, R. (1997). Physician attitudes toward managing obesity : differences among six specialty groups. *Preventive Medicine*, 26, 542–549.
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2007). A typology of mixed methods research designs. *Quality & Quantity*, 43, 265–275. doi:10.1007/s11135-007-9105-3

- Lyznicki, J., Young, D., Riggs, J., & Davis, R. (2001). Obesity : Assessment and management in primary care. *American Family Physicians*, 63(11), 7–10.
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2010). Obesity in general practice: A focus group study on patient experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28, 205–10. doi:10.3109/02813432.2010.526773
- Maryon-Davis, A. (2005). Weight management in primary care: how can it be made more effective? *Proceedings of the Nutrition Society*, 64, 97–103. doi:10.1079/PNS2004414
- McArthur, L. (1995). Nutrition and nonnutrition majors have more favorable attitudes toward overweight people than personal overweight. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(5), 593–596.
- McArthur, L., & Ross, J. (1997). Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clients. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(1), 63–65.
- Mercer, S. W., & Tessier, S. (2001). A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bulletin*, 59(4), 248–53.
- Michie, S. (2007). Talking to primary care patients about weight : A study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 37–41. doi:10.1080/13548500701203441
- Miguel, L., & Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016 : reforçar , expandir*. Plano Nacional de Saúde 2012-2016.
- Mold, F., & Forbes, A. (2013). Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: A synthesis of current research. *Health Expectations*, 16, 119–42. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00699.x
- Moore, H., Adamson, A. J., Gill, T., & Waite, C. (2000). Nutrition and the health care agenda: A primary care perspective. *Family Practice*, 17(2), 197–202.
- Nestle, M., & Jacobson, M. F. (2000). Halting the obesity epidemic: A public health policy approach. *Public Health Reports*, 115, 12–24.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384, 766–781. doi:10.1016/S0140-6736(14)60460-8

- Nolan, C., Deehan, A., Wylie, A., & Jones, R. (2012). Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. *Primary Health Care Research & Development*, 13, 353–63. doi:10.1017/S1463423612000059
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., ... Ramos, V. (2012a). *Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde*. Ministério Da Saúde.
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., ... Ramos, V. (2012b). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação*. Ministério Da Saúde.
- Oberrieder, H. (1995). Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(8), 914–916.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2013). Prevalence of obesity among adults: United States, 2011–2012. *National Center for Health Statistics*, 131, 1–8.
- Ogden, C., Yanovski, S., Carrol, M., & Flegal, K. (2007). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*, 132, 2087–2102. doi:10.1053/j.gastro.2007.03.052
- Ogden, J. (2011). *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. Oxford: Blackwell.
- Ogden, J., & Flanagan, Z. (2008). Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Education and Counseling*, 71, 72–8. doi:10.1016/j.pec.2007.11.022
- OMS, Organização Mundial de Saúde. (2008). *Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca. Relatório Mundial de Saúde*.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. (2014). Obesity and overweight. World Health Organization. Retirado em 2 de Novembro de 2013 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal [Productivity costs associated with obesity in Portugal]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65–80.
- Phillips, K., Wood, F., & Kinnersley, P. (2014). Tackling obesity : the challenge of obesity management for practice nurses in primary care, 31, 51–59. doi:10.1093/fampra/cmt054

- PNS, Plano Nacional de Saúde, (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.  
Ministério da Saúde
- Popkin, B. M., Adair, L. S., & Ng, S. W. (2011). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition Reviews*, 70, 3–21. doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x
- Pritchard, D., Hyndman, J., & Taba, F. (1999). Nutritional counselling in general practice: a cost effective analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53, 311–316.
- Middleton, K., Patidar, S., & Perri, M. (2012). The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 13, 509–517. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00972.x
- Rothman, K. J. (2008). BMI-related errors in the measurement of obesity. *International Journal of Obesity*, 32, 56–59. doi:10.1038/ijo.2008.87
- Rueda-Clausen, C. F., Benterud, E., Bond, T., Olszowka, R., Vallis, M. T., & Sharma, A. M. (2014). Effect of implementing the 5As of obesity management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clinical Obesity*, 4, 39–44. doi:10.1111/cob.12038
- Sacks, G., Swinburn, B., & Lawrence, M. (2009). Obesity policy action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 10, 76–86. doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00524.x
- Sardinha, L. B., Santos, D. a, Silva, A. M., Coelho-e-Silva, M. J., Raimundo, A. M., Moreira, H., ... Mota, J. (2012). Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. *PloS One*, 7, e47883. doi:10.1371/journal.pone.0047883
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milkbank Quarterly*, 83(3), 457–502.
- Stone, O., & Werner, P. (2012). Israeli dietitians' professional stigma attached to obese patients. *Qualitative Health Research*, 22, 768–776. doi:10.1177/1049732311431942
- Swinburn, B., Egger, G., Ph, D., & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29, 563–570.

- Tan, D., Zwar, N. A., Dennis, S. M., & Vagholkar, S. (2006). Weight management in general practice: What do patients want? *The Medical Journal of Australia*, 185(2), 73–5.
- Tsai, A. G., & Wadden, T. A. (2009). Treatment of obesity in primary care practice in the united states: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 1073–1079. doi:10.1007/s11606-009-1042-5
- Vallis, M., Piccinini-vallis, H., Sharma, A., & Freedhoff, Y. (2013). Modified 5 As Minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Canadian Family Physician*, 59, 27–31.
- Virginia Braun, & Victoria Clarke. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- WONCA, Sociedade Europeia de Clínica Geral/ Medicina Familiar. (2002). *A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar*.
- Zinn, C., Schofield, G., & Hopkins, W. G. (2013). Management of adult overweight and obesity: Consultation characteristics and treatment approaches of private practice dietitians. *Nutrition & Dietetics*, 70, 113–119. doi:10.1111/j.1747-0080.2012.01639.x

## **PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS**

## **CAPÍTULO I**

### **Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: A systematic review**

Teixeira, F., Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, A. (2012). Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(2), 254-262.



# **Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: A systematic review<sup>1</sup>**

## **Abstract**

Despite the implementation of various intervention measures, the number of obese individuals remain high; thus, it is important to consider what is contributing to this scenario. Authors have been striving to understand the role healthcare providers, especially in primary healthcare, seem to play in this context. The present review aims to synthesize the main investigation results regarding beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers, as they seem to negatively influence the practitioner's actions. The words "obesity", "beliefs", "healthcare professionals", "general practitioners", "attitudes", "practices", "health physicians", and "family practitioners" were entered into databases, such as EBSCOHost, ScienceDirect, PsychInfo, PubMed, and SciELO. Thirteen studies from 1991 to 2011 were reviewed. The results indicate a lack of appropriate understanding and adequate competence regarding obesity, which likely contributes to ambivalent belief development and negative attitudes towards obese individuals, who are described as unmotivated, lazy, and lacking self-control. These professionals consider it difficult to deal with obesity, manifesting low expectations of success regarding weight loss, thus considering themselves unsuccessful. Their practices are inconsistent, mirroring a certain skepticism towards the efficacy of available interventions. Either during graduation or as active practitioners, it is imperative to make healthcare providers aware of the impact their beliefs regarding obesity can exert on their practices, as these may impair appropriate and effective treatment delivery to obese individuals.

**Keywords:** Knowledge; attitudes and practices in healthcare; obesity; general practitioners.

---

<sup>1</sup>A organização do artigo segue as orientações da revista em que foi submetido (estilo AMA, *American Medical Association*).

## Introduction

Obesity, considered one of the 21st century epidemics by the World Health Organization (WHO)<sup>1</sup>, is a chronic disease whose prevalence has been dramatically increasing. From the projections reported in 2008 by the WHO<sup>2</sup>, around 200 million men and 300 million women are obese, who belong to the 1,5 billion overweight adults over 20 years old. According to the same source, these numbers are expected to rise to 2.3 billion overweight adults and 700 million obese adults by 2015. Looking deeply into this scenario in the USA, obesity prevalence has significantly increased over the last 30 years, ranging from 15% in 1980 to 33% in 2004 for adults aged 20 to 74 years, with higher obesity rates being reported in females than in males<sup>3</sup>. The WHO report regarding the year 2008 demonstrates a marked increase in the overweight and obesity rates in that country, estimating that 70% of the American population will have a weight problem, placing the USA at the top of the rank of countries with the highest overweight and obesity rates<sup>4</sup>.

Data concerning the Brazilian scenario are poor and inconsistent. However, according to a national inquiry performed in 1989, about 27 million adults, representing 32% of the population, were overweight; 11 million were male and 16 million were female, corresponding to 27% and 38% of the male and female populations, respectively. According to the same study, approximately 6.8 million adults were obese, corresponding to 8% of the total population<sup>5</sup>. More recent data shown by the WHO indicate that 52.8% of Brazilian population aged 20 and older is overweight, with the prevalence being higher among males than females within an age range between 48 and 56 years<sup>4</sup>.

In Europe, a significant rise in the number of obese individuals is found in almost every country of the “Old Continent”. According to the WHO report in 2008, overweight prevalence in Europe was around 54.8%, and was higher in males than in females in the age group from 53 to 56 years. Concerning obesity, the same source indicates that approximately 21.9% of European individuals aged 20 to 23 years are obese, and women are more affected by the disorder than men<sup>4</sup>. Portugal is no exception in the obesity epidemiological picture: in 2003/2005, according to Carmo et al.<sup>6</sup>, 53.6% of the Portuguese population between 18 and 64 years of age had a weight problem. From 8,116 subjects, 39.46% were overweight and 14.2% were obese, with a higher

prevalence reported in males (60.2%) than in females (47.8%), and the age groups more affected were 50-59 years and 60-64 years.

In response to the high number of obese individuals reported, a recent development of primary, secondary, and tertiary prevention measures aiming to stop this epidemic has been observed<sup>1,7</sup>. Among other aspects, these measures have been especially emphasizing the role that healthcare providers - mainly those practicing primary healthcare - play as promoters of behavior change in risk areas, such as obesity. However, the few studies evaluating the effectiveness of healthcare providers' work in this scenario have revealed very negative outcomes, arousing a deep interest in investigators to find out what could be contributing to the failures observed<sup>8,9</sup>. Although many justifications can be found, such as nonadherence to treatment by obese individuals, duration of consultations, policies directed toward other diseases, etc.<sup>7</sup>, some investigators<sup>7,9-11</sup> have indicated that general practitioners are likely responsible for poor results, since they do not seem to take the problem as seriously as they should, manifest negative attitudes towards this group, feel unmotivated to approach the obesity issue, and are skeptical about the effectiveness of some treatments; as a result, they neither make the appropriate diagnosis nor refer patients to specialized practitioners, thus contributing to the perpetuation and exacerbation of obesity cases<sup>10,11</sup>. According to Budd et al.<sup>12</sup>, this scenario might be improved by eliminating the bias of healthcare providers' beliefs, suggesting that the first step would be characterizing and understanding beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers regarding obesity.

This review aims to summarize the main results of studies on beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers regarding obesity in order to better understand this issue. Fishbein and Ajzen's<sup>13</sup> definition of beliefs was adopted, which considers that beliefs relate to subjective judgments the individual makes regarding either an idea or a specific object, establishing a relationship between understanding him/herself and understanding the world around him/her. Therefore, they are propositions that the individual supports about something he/she believes it is true, with the veracity being relative (distinct from the concept of knowledge, which has an objective quality), as they result from psychological processes liable to bias from the cognitive function. They are different from the concept of attitudes, which pertain to a more affective domain<sup>14</sup>.

Lastly, this article also aims to draw healthcare providers' attention to such an important issue as obesity, and to make them aware of how their own beliefs and attitudes could influence their practices during the managing of obesity.

## Methods

The following keywords were entered into the EBSCOHost, ScienceDirect, PsychInfo, PubMed, and SciELO databases: obesity, beliefs, healthcare professionals, general practitioners, attitudes, practices, health physicians and family practitioners. Inclusion criteria were: a) material written in English, Portuguese and Spanish between 1991 and 2011; b) regarding obesity in adults only; c) straightforwardly approaching the beliefs, knowledge, attitudes, and practices of healthcare providers; d) showing empirical evidence; e) sample including only general practitioners. The references indicated in the articles also led to new searches, and the option “related articles/citations” was used when available. Thus, out of 40 studies initially retrieved, only 13 met the defined criteria and were reviewed. Studies regarding healthcare providers other than general practitioners, systematic review articles or literature reviews, studies focusing on beliefs and feelings of obese individuals toward their physicians’ practices, and studies approaching childhood obesity were excluded.

## Results

No studies written in Portuguese were found and only one study was written in Spanish. Nevertheless, the latter did not meet the criteria, so the search methods had to be limited to studies published in English. Empirical studies on beliefs, attitudes, and practices of general practitioners were identified, in which the physicians were contacted through medical associations/boards (4), primary healthcare centers (4), university centers of family medicine (2), and hospitals (2). Another study was considered for review, but it did not provide information regarding access to the sample. In three studies, in addition to general practitioners, the authors also included interns in their sample. However, as this group always had a reduced size, these articles were considered in the review. Eight studies were conducted in the USA, four in the United Kingdom, and one in Israel. The majority of studies were published between 2001 and 2010, with only one study being published in the 1990’s. Two studies chose the qualitative method, conducting individual interviews or *focus* group, with data being analyzed using a phenomenological approach<sup>10</sup> and grounded analysis<sup>15</sup>, respectively. Eleven studies opted for the quantitative method, prioritizing the use of questionnaires.

However, three of these studies first conducted focus group interviews as a basis to construct and validate the questionnaire used<sup>11,16,17</sup>; three other studies introduced, along with the questionnaire, different clinical cases used to guide the responses provided to the subjects<sup>18-20</sup>. Only four studies mention a pilot study conducted to validate the questionnaire, and only the study by Ogden and Flanagan<sup>9</sup> provides information about psychometric characteristics of the items in the questionnaire used. Most questionnaires were sent by e-mail; a few of them were personally administered or sent by mail, with the response rate ranging between 24.4% and 82%. The responses could be given either by five- or nine-point Likert scales or by choosing one among a set of possible answers.

Some characteristics and the main results in different studies are summarized in Table 1. These results suggest that there are common domains, which will be discussed further.

### **Knowledge and background**

A large number of studies tried to evaluate the healthcare providers' knowledge about overweight and obesity in terms of causes, outcomes, and solutions by investigating the contribution of their educational background and whether they felt competent to deal with the problem. The study by Forman-Hoffman<sup>17</sup> indicates that 85.5% of respondents consider obesity a disease, which raises the probability that they offer some counseling in this area. The same data were found in the study by Foster et al.<sup>21</sup>, which indicates that most subjects consider obesity a chronic disease associated with severe comorbidities. Regarding causes, behavior factors, such as physical inactivity, poor eating habits, excessive eating, consumption of high-calorie food, and psychological factors - as in inappropriate coping strategies, such as turning to food in order to solve problems -, are the factors most strongly indicated by physicians as causes of obesity<sup>21-23</sup>. Diabetes; high blood pressure; musculoskeletal pain; difficulty in making new friends, finding a job, or even receiving medical care are some of the more often reported consequences<sup>22</sup>.

**Table 1** – Summary of main studies on beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers regarding obesity

Author(s) and Country	Subjects	Design/method	Main results
Alexander et al. <sup>15</sup> , USA	11 General Practitioners and 6 Internists	Focus groups	The professionals consider that talking about obesity is part of their duties, but they report many barriers to approaching the disease, and they would rather let the patient introduce the subject. They consider it easier to approach overweight patients, as compared to obese patients.
Anderson et al. <sup>18</sup> , USA	209 physicians (30%) out of 700	Questionnaire based on case reports	Female physicians who are overweight (BMI > 25) provide more weight loss recommendations than male physicians who are overweight (BMI > 25). 84% of female professionals who are overweight refer their patients to nutritional support, compared with 55% of referrals made by male physicians.
Cade & O' Connell <sup>24</sup> , UK	299 General Practitioners (75%)	Questionnaire	98% of professionals provide counseling targeting a lower intake of food (78%), increased physical activity (77%), and reduced high-calorie food intake (75%). Only 18% refer their patients to a nutritionist, and 2% resort to drugs. 98% believe that approaching obesity is part of their duties, although 26% do not feel professionally rewarded. 27% believe that obese patients are lazy, and most believe that, as physicians, they are the least capable of influencing weight loss.
Dutton et al. <sup>19</sup> , USA	108 physicians from primary healthcare units	Questionnaire	The physicians consider that when overweight or obesity is seen, both in men and women, these patients must lose weight, and they counsel the patients accordingly. However, higher and more accurate weight loss goals are reported by women than by men. Professionals tend to foster weight loss expectations that are 5% to 10% higher than currently recommended.
Epstein & Ogden <sup>10</sup> , UK	21 General Practitioners	Interviews	Professionals consider weight loss to be the patient's responsibility, but they acknowledge that the patient, by ascribing medical causes to the problem, places the responsibility on the physician. This tension can lead to conflicts in the therapeutic relationship, and the conflicts are exacerbated by the belief in the ineffectiveness of available treatments and by the prescription of drugs only to keep a good relationship with the patient.

**Table 1** – Summary of main studies on beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers regarding obesity

Author(s) and Country	Subjects	Design/method	Main results
Ferrante et al. <sup>16</sup> , USA	255 Family Practitioners (53%)	Questionnaire	Drugs are infrequently prescribed. A high prevalence of negative attitudes is reported, mainly among younger physicians. There are numerous physical barriers regarding the timing of the assessment of the problem. The greater the understanding of obesity, the higher the likelihood to approach the issue with the patient, the less the frustration, the less the beliefs in ineffectiveness, and the less the pessimism toward the treatment's success.
Fogelman et al. <sup>11</sup> , Israel	510 General Practitioners	Questionnaire	Professionals consider they have a limited effectiveness, as they are underprepared to deal with the disease and their knowledge is not sufficient to provide nutritional advice. Their main indication is physical activity (95%), reduced food intake (81%), and counseling with a nutritionist (58%).
Forman-Hoffman et al. <sup>17</sup> , USA	55 physicians from primary healthcare in veteran centers	Questionnaire	The lack of preparation is associated with less approach of the obesity issue. Those concerned about their own weight tend to be more concerned about the patients' obesity. 31% believe overweight people are lazy, 25% that they are unwilling. 58% report a referral to a nutritionist, 38% to behavioral therapy, and 4% prescribe drugs.
Foster et al. <sup>21</sup> , USA	620 General Practitioners	Questionnaire	34.5% always recommend the obese patients to lose weight; 56.4% sometimes refer to a nutritionist; 66% never refer to surgery; and 32.7% rarely indicate surgery. 23.6% consider their background is good regarding obesity management, but 30.9% had learning in practice. 85.1% believe that obesity is a disease.
Helb & Xu <sup>19</sup> , USA	122 physicians in a hospital setting	Questionnaire based on case reports	Negative attitudes tend to parallel the patient's degree of obesity, and practices lose quality as the patient's weight increases, with some stereotypes being observed against this population. However, most consider obesity to be a severe health problem which deserves careful attention.

**Table 1** – Summary of main studies on beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers regarding obesity

Author(s) and Country	Subjects	Design/method	Main results
Ogden et al. <sup>22</sup> , UK	89 General Practitioners and 599 obese subjects	Questionnaire	Professionals and patients have different models and perceptions regarding obesity causes, control, and management, leading to difficulty in intervention, as both groups have different conceptions regarding the responsibility for treatment.
Ogden & Flanagan <sup>9</sup> , UK	73 General Practitioners and 311 subjects from the general population	Questionnaires	Professionals believe that obesity is not a part of their scope, as it has many psychological and behavioral causes. They are ambivalent regarding the efficacy of most available treatments and show a high consistency about causes and solutions for obesity, in contrast with the findings in the general population.
Sansone et al. <sup>23</sup> , USA	99 General Practitioners (40%)	Questionnaire	A certain ambivalence regarding bariatric surgery is reported, with 78% considering that there are more effective ways of managing obesity. However, most (84%) report that they would indicate surgery to patients if they met the appropriate criteria. Female professionals seem to be more reticent than males about resorting to this procedure.



Generally, professionals feel underprepared to deal with obesity and consider their knowledge insufficient, making it difficult to approach patients. A few studies found that physicians consider their educational background to be poor, which created gaps between knowledge related to nutritional aspects and knowledge about treatment and intervention requirements<sup>10,11,17</sup>. In contrast, in the study by Ferrante et al.<sup>16</sup>, the subjects consider that their knowledge of nutritional indications and physical exercise practices is adequate; in the study by Foster et al.<sup>21</sup>, 49% of the respondents feel capable of providing some counseling on weight loss. However, there is a lack of understanding about the use of drugs for weight loss, surgical procedures, specific techniques to assess morbid obesity, and the availability and operating mode of group therapies. In this sense, the study by Cade and O'Connell<sup>24</sup> shows that healthcare providers attribute greater importance to experience and information from articles as sources of knowledge rather than their educational background.

### **Beliefs about obesity management and treatment**

Usually, general practitioners consider obesity a significant issue that, regardless of the patient's gender<sup>19</sup>, must be approached<sup>25</sup>, with 98.2% of the subjects in the study by Horman-Hoffman<sup>17</sup> considering it a public health problem. However, not all professionals consider this disease as a part of their scope, placing the responsibility of the disease development, as well as its treatment, on the obese patients, as found by Ogden and Flanagan<sup>9</sup>. Likewise, the subjects in the qualitative study conducted by Epstein e Ogden<sup>10</sup> consider obesity to be the obese patients' responsibility, identifying them as the cause of the problem and, as such, they advocate that the obese individual should assume its management. However, the practitioners recognize that these patients are prone to place this responsibility on the physicians, and are reluctant to assume the control of the condition either because they believe their problem results from a medical disorder they cannot control, or because they do not recognize the problem's severity and often deny it. However, different data can be found in other studies, showing that 85% to 98% of respondents consider obesity as a part of their scope and feel that, as physicians, they must warn their patients about the risks and outcomes of obesity<sup>11,21,24</sup>. Regarding weight loss management and contact with obese patients, 74% to 96.4% of physicians state that dealing with this group is not easy, and they feel their action is constrained, mainly in setting long-term changes (72%), developing frustration feelings (66%) due to the perception that the patients are not capable of losing weight; in 45% to

74% of the subjects, those feelings are enhanced by a lack of professional gratification and satisfaction as they provide care to this group<sup>10,11,16,17,21,24</sup>. Between 85% and 90% of health technicians also mention the weight loss desire first occurs from esthetic reasons, with health being a secondary reason. 40% to 54% consider family assumes a more powerful position than physicians concerning motivation and support for a lifestyle change<sup>11,24</sup>. Effectively, data show that 34% to 40% of general and family practitioners do not believe patients will succeed in losing weight, and in the study by Foster et al.<sup>21</sup>, one third of the 620 respondents do not believe that this group of patients could reach a normal weight, with only 14% of them feeling successful in providing support. However, physicians recognize a weight reduction as low as 5% or 10% to be beneficial for an obese patient<sup>21</sup>. Likewise, the results of the vast majority of studies analyzed indicate that these healthcare professionals usually consider current obesity treatments to be ineffective<sup>10,16,21</sup>. Only in the study by Horman-Hoffman et al.<sup>17</sup> did the subjects believe their action could be successful, and that there are effective measures in the management of this chronic disease.

### **Attitudes regarding obese patients**

Results reveal accordance in this domain, showing that most general practitioners characterize obese individuals as lazy people who are highly unwilling and unmotivated to lose weight, demonstrate no self-control, and often do not take the responsibility for their condition<sup>11,16,17,21,24</sup>. These professionals consider that the patients look for an easy solution for their problem, deny their poor eating habits, and are unavailable for physical activities<sup>16</sup>. In the study by Fogelman et al.<sup>11</sup>, over 50% of the subjects describe obese patients as awkward, unattractive, ugly, sloppy, unpleasant, dishonest people with difficulties in adhering to treatments. The investigation conducted by Helb and Xu<sup>20</sup>, consisting of 122 general and family practitioners, showed that the patients' weight/size influenced the way professionals viewed and treated them, concluding that the heavier the patient, the more tests were prescribed, and the shorter the time spent in the visit. The data still revealed that professionals state that the heavier the individual, the poorer his/her health and the lower his/her self-discipline, thus requiring stricter counseling. This and other studies<sup>16,23</sup> also indicate that these patients are seen as unhappy and emotionally unstable, and that they are believed to have severe psychological problems. A further finding was that the more experienced the physician, the less negative were the attitudes he/she exhibited<sup>11</sup>. Also, larger understanding about

obesity led to less negative attitudes towards this group, less difficulty in approaching the problem, less frustration in dealing with the issue, greater belief in the effectiveness of the treatments, and higher expectation of successful weight loss<sup>16</sup>.

### **Practices and referrals to other professionals**

Despite the varied percentages found among studies, indicating different importance physicians assign to practices initiated, a high concurrence regarding physical activity, reduced food intake, decreased calorie ingestion, and appropriate development of informational material about obesity and weight loss is reported<sup>11,15-17,24</sup>. Between 35% and 98% of professionals report themselves as offering this type of counseling<sup>20,24</sup>, with patient referral to other professionals, such as nutritionists, being not only seldomly mentioned in some studies, but also referenced by only 30% to 58% of subjects<sup>15,17,20</sup>. In the investigation by Fogelman et al.<sup>11</sup>, 38% and 25% of respondents reported that they advise behavioral therapy and group intervention, respectively, whereas in the study by Cade and O'Connel<sup>24</sup>, only 17% of the professionals indicated group intervention. In contrast with these low frequencies of referral to the various treatment options, the healthcare practitioners in the study by Ogden and Flanagan<sup>9</sup> consider group therapies to be the only means that are definitely beneficial for obese patients, and they are apprehensive regarding the benefits from other measures, such as surgery, drug treatment, and direct counseling based on the few available guidelines at this time. In at least two studies, family engagement arises as a key support, being sometimes more relevant than the general practitioners' role<sup>11,24</sup>, as previously mentioned.

Regarding bariatric surgery for weight loss, data are somewhat controversial. In the study conducted by Sansone et al.<sup>23</sup>, in which general and family practitioners are specifically asked about this procedure, the conclusion was that 78% of the subjects believe that there are more effective methods than bariatric surgery for weight loss, but 84% report a high probability of referring obese patients to this kind of treatment. However, in the study by Foster et al.<sup>21</sup>, only 23% of the respondents reported this practice as an option, and in the study by Epstein and Ogden<sup>10</sup>, the subjects consider the surgery a high-risk procedure.

Likewise, a negative attitude toward weight loss drugs was found. In the study by Fogelman et al.<sup>11</sup>, despite 34% of the professionals considering this to be an appropriate practice even for individuals with a body mass index below 30 kg/m<sup>2</sup> and

13% considering them effective, only 4% admit prescribing them. On the other hand, in the study by Epstein and Ogden<sup>10</sup>, the clinicians considered that drugs are not effective for weight loss, however sometimes they end up administering them only to meet the patients' expectations, so that a good therapeutic relationship can be maintained between them.

### **Perceived barriers to obesity treatment**

In some studies, general and family practitioners were asked about occasional barriers to a greater engagement and success of obesity management and treatment. Poor educational background, associated with a difficulty in approaching the weight loss issue with obese patients, appeared as the most frequent reasons mentioned among different studies<sup>6,15,20</sup>. Next, limitations of the consultation time and low expectations about the patients' ability to succeed in losing weight were found. The absence of appropriate and well-founded counseling guidelines were also indicated by Alexander et al.<sup>24</sup> and Forman-Hoffman<sup>17</sup>; the latter pointed out the necessity of the healthcare system itself to regard obesity as a priority.

## **Discussion**

Data from the 13 studies reviewing beliefs, attitudes, and practices of general and family practitioners regarding obesity are quite revealing about these professionals' difficulties and the way they view obese individuals, as well as how their relationships can be described. Despite the fact that a general concern about the obesity problem seems to be present, a set of ambivalent beliefs and negative attitudes toward these patients is found. Regarding knowledge and educational background in this area, the majority of professionals do not feel properly prepared to deal with the obesity issue, although not all studies demonstrate this, and this inappropriate preparation seems to be the source of many observed beliefs and practices. The lack of appropriate knowledge may result in viewing counseling as something difficult to concretize, associated with difficulty in approaching weight loss, low expectations of success, and beliefs of ineffectiveness regarding some available treatments. Likewise, the fact that medical training largely occurs under a biomedical influence can contribute to the difficulty

healthcare providers present as they deal with a mostly behavioral disease whose main treatment mode lies precisely in behavior changes<sup>21</sup>. However, it is controversial that, despite the low competence perceived, the results indicate a tendency for physicians themselves to counsel obese patients, which could be the cause of the failures found. Nevertheless, this behavior could also be due to the lack of resources often found in healthcare facilities, thus limiting actions in primary care and referral to more specialized centers.

Obesity has also been described in terms of responsibility, namely, who should assume control of the disease. Some professionals think the issue is within their scope; others disagree, considering that the disease does not have a medical cause, but results from individual behavior, and that the obese patient should be held accountable (blaming the victim model)<sup>22</sup>. However, physicians acknowledge that the obese patient usually puts the control of the situation into the hands of healthcare providers. These different attitudes and point of views regarding treatment may contribute to damage the therapeutic relationship, as mentioned by Epstein and Ogden<sup>10</sup>. In an effort to maintain balance in the relationship, professionals choose to administer drugs with whose use they do not agree to and whose efficacy they dispute only to meet the patient's expectations. This conflict and its resolution then elicit feelings of frustration and professional dissatisfaction, maybe one of the aspects leading physicians to consider it difficult to deal with the problem. The same reasons may also contribute to the negative attitudes observed during data analysis.

Effectively, stigmas and social stereotypes were found in the attitudes of professionals regarding obese patients, such as the idea that obese people are unwilling, unmotivated, lazy, have no self-control, and have many psychological problems; this seems to influence both the way professionals view the group and their practices, with a decreased quality in the services provided being reported as the patient's weight increases<sup>6</sup>. However, these aspects seem to be mediated by the number of years of professional experience and by the knowledge about the obesity problem, meaning the more years of professional experience with obesity and the more knowledge the practitioner has accumulated, the less negative attitudes will be expressed<sup>11,16</sup>. These factors may contribute to a better understanding of the problem, allowing the adoption of a more impartial and less judgmental posture regarding obese people. It is important to point out that negative attitudes, if noticed by obese patients, might likewise contribute to a negative response, leading, in turn, to perpetuation and exacerbation of negative

attitudes by the professionals, repeating a cycle that is detrimental to the obese patient and which might inhibit his/her behavior of searching for help to lose weight, since he/she would try to self-protect from stigmas and social stereotypes also present in healthcare facilities<sup>20</sup>.

The practices elicited are in accordance with the data from the study by Ogden and Flanagan<sup>9</sup>, which reveal a high congruence between causal beliefs and beliefs regarding solutions for obesity; that is, the options for counseling and treatment carried out by healthcare providers lean on their beliefs about the problem's causes. Therefore, since physicians consider that the main cause for obesity derives from the subject's behavior, the indication of physical activity and reduced food and high-calorie food intake to lose weight is in alignment, fundamentally holding to behavior and lifestyle changes.

However, regarding other treatment options, data showed certain ambivalence from physicians, with more favorable beliefs toward some options than to others. Perhaps this aspect is due to unfamiliarity and lack of knowledge about some practices, which, associated with both a shortage of resources or unavailability of certain services, and reasonable and appropriate guidelines for obesity treatment, may contribute to inconsistencies in the support provided. These factors may also explain the finding of low frequencies of referral to specialized services, such as nutritional support, group interventions, or evaluation for bariatric surgery, even when there are studies demonstrating, for example, that obese patients will benefit greatly in the long term if they are monitored in a group<sup>24,25</sup>, and that bariatric surgery, namely gastric banding, is currently one of the most effective procedures in morbid obesity management<sup>26,27</sup>. A negative attitude towards the administration of drugs is observed, with their use being rare, which confirms the fact that physicians would rather resort first to behavioral interventions when causes are thought to be behavioral. Interestingly, negative attitudes shown along with low expectations of successful results might likewise contribute to a very low referral rate, since the professionals tend to think this would be a waste of time considering the unwillingness, low motivation, and failure in losing weight found in obese patients.

## **Limitations**

One of the limitations found in the 13 reviewed articles concerns the fact that many studies had very low response rates, contributing to a lack of representativeness of

the sample and creating problems concerning generalization and comparisons among findings of different researches. Likewise, few studies had random samples, most used convenience samples, and no investigation used comparative groups. Regarding statistical data, few studies described the validation process of the questionnaire that was used, and only one shows the psychometric characteristics of the tool. The great diversity of statistical tests used makes it difficult to do comparisons among studies. These comparisons become even more difficult to concretize when the various settings (primary healthcare centers, hospitals etc.) where data were collected are considered, but it would be interesting to investigate, in future studies, whether this aspect exerts any influence on beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers. Another limitation particularly highlighted concerns the priority given to quantitative studies over studies based on a qualitative method. Effectively, for a few authors<sup>10,12</sup>, this limitation translates into somewhat reduced outcomes as they explore only beliefs regarding causes, consequences, and efficacy of available treatments, thus missing important aspects related, for example, to the significance attributed to the obesity treatment process, to the commitment to obesity management, and to physician-patient interaction.

Concerning this review, its main limitation is associated with the fact that it has focused only on beliefs, attitudes, and practices of general practitioners; it is suggested that future investigations explore those variables focusing in other healthcare providers more connected to the obesity issue such as nutritionists, surgeons, psychologists, ... and compare these results with the ones obtained from general practitioners.

## **Conclusion**

As found in the present review, there is a lack of investigation in this field, which is confirmed by a reduced number of reports found and considered for analysis, highlighting the need for studying and deepening the understanding of beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers regarding obesity. Although only studies published in English have been reviewed, with the risk of finding results depicting a reality that does not match other nations' scenarios, this review is expected to make a contribution in order to enlighten healthcare providers about the way their beliefs can influence their attitudes and practices regarding obese patients, as well as their relationship and the patients' adherence to treatment, ultimately aiming to improve healthcare provided to individuals with this disorder.

## References

1. World Health Organization. What are overweight and obesity? 2006. [cited 2008 sept 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. 2011. [cited 2011 mar 3]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
3. Ogden C, Yanovski S, Carroll M, Flegal K: The Epidemiology of Obesity. *Gastroenterology* 2007; 132: 2087-2102.
4. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. 2011 [cited 2011 sept 29]. Available from: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=2469>.
5. Ferreira V, Magalhães R: Obesidade no Brasil: tendências actuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2006; 24: 71-81.
6. Carmos I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Myatt J, Galvão-Teles A: Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev* 2007; 9: 11-19.
7. Ogden J: Obesity treatment. In Ogden J, ed. *The Psychology of eating: from healthy to disordered behaviour*. US/UK. Blackwell 2009; 180-210.
8. Kristeller J, Hoerr R: Physicians attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups. *Prev Med* 1997; 26: 542-549.
9. Ogden J, Flanagan Z: Beliefs about the causes and solutions to obesity: A comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Couns* 2008; 71: 72-78.
10. Epstein L, Ogden J: A qualitative study of GP' views of treating obesity. *Brit J Gen Pract* 2005; 55: 750-54.
11. Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, Biderman A, Itzhak B, Kitai E: Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes* 2002; 26: 1393-97.
12. Budd G, Marioti M, Graff, D, Falkenstein K: Healthcare professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res* 2009; 17. Epub 2009 Sep 22.
13. Fishbein M, Ajzen, I: Belief Formation. In Fishbein M, Ajzen, I, eds *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Addison-Wesley. Reading, MA 1975; 130-215.



14. Vala, J: Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In Vala, J, Monteiro, M, eds. *Psicologia social*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian 2000; 457-501.
15. Ferrante J, Piasecki A, Ohman-Strickland P, Crabtree B: Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity* 2009; 17: 1710-1716.
16. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T: Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *Fam Pract* 2006; 7: 1-11.
17. Anderson C, Peterson C, Fletcher L, Mitchell J, Thuras P, Crow S: Weight loss and gender: an examination of physicians attitudes. *Obes Res* 2001; 9: 257-263.
18. Dutton G, Perri M, Stine C, Goble M, Vessem N: Comparison of physician weight loss goals for obese male and female patients. *Prev Med* 2010; 50:186-188. Epub 2010 Feb 2
19. Hebl M, Xu J: Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes* 2001; 25: 1246-1252.
20. Foster G, Wadden T, Makris A, Davidson D, Sanderson R, Allison D, Kessler A: Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003; 11: 1168-1177.
21. Ogden J, Bandara I, Cohen H, Farmer D, Hardie J, Minas H, Moore J, Qureshi S, Walter F, Whitehead Ma: General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it?. *Patient Educ Counsel* 2001; 44: 227-233.
22. Sansone R, McDonald S, Wiederman M, Ferreira K: gastric bypass surgery: a survey of primary care physicians. *Eat Dis* 2007; 15: 145-152.
23. Cade J, O'connell S: Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. *Brit J Gen Pract* 1991; 41: 147-150.
24. Alexander S, Ostbye T, Pollak K, Gradison M, Bastian L, Brouwe R: Physicians' beliefs about discussing obesity: results from Focus Groups. *Am J Health Promot* 2007; 21: 498-500.
25. Renjilian D, Perri M, Nezu A, Mckelvey W, Shermer R, Anton S: Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol* 2000; 69: 717-721.
26. Mrad B, Stoklossa C, Birch D: Does preoperative weight loss predict success following surgery for morbid obesity?. *Am J Surg* 2008; 195: 569-574.

27. Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A: Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005; 13: 639-648.

## **CAPÍTULO II**

### **A qualitative study of GPs' views towards obesity: are they fighting or giving up?**

Teixeira, F., Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, A. (*in press*). A qualitative study of GPs' views towards obesity: are they fighting or giving up?. *Public Health*.

# **A qualitative study of GPs' views towards obesity: are they fighting or giving up?<sup>1</sup>**

## **Abstract**

**Objectives:** Several studies indicate that general practitioners are not taking the issue of obesity as seriously as they should. Therefore, the aim of this study was to understand GPs' views about obesity and obese people and how these professionals perceive their role in the treatment of this disease.

**Study design:** Qualitative study using semi-structured interviews

**Methods:** Sixteen semi-structured interviews were conducted with Portuguese general practitioners. Data was analyzed according to thematic analysis procedures.

**Results:** GPs are negative about their own role in obesity treatment. Although they believe it is part of their job to advise obese patients on the health risks of obesity, the majority of doctors think they are not making any difference in getting their patients to make long term lifestyle changes. GPs hold negative attitudes towards these patients blaming them for being unmotivated and noncompliant and are also pessimistic about the obese' ability to lose weight. Doctors are facing a dilemma in their practices: they want to play an active role but, due to a set of negative beliefs and perceived barriers, they are playing a relatively passive role, feeling defeated and unmotivated, which is reflected in a decrease of efforts and a willing to give up on most of the cases.

**Conclusions:** This issue should be taken into account during physicians' education since doctors should be aware of how their own beliefs and attitudes influence their behaviour and practices, compromising, therefore, the adherence and the successful in obesity treatment. They appear to need more precise guidelines and better tools for screening and management of obesity, more referral options, and improve coordination with other specialties.

**Keywords:** General practitioners, obesity, beliefs, attitudes, qualitative research

---

<sup>1</sup> A organização do artigo segue as orientações da revista em que foi submetido (estilo AMA, *American Medical Association*).

## Introduction

With the worldwide increase of obesity, healthcare professionals are being called to play an active role in the prevention and treatment of this disease. By working in primary care settings, general practitioners (GPs) are in a key position to take action and engage a preventive approach since it's one of their tasks and especially because they have been considered the first port of call for help for many obese.<sup>1</sup> According to Tan et al.<sup>2</sup> obese patients seem to be more willing to ask for counselling to lose weight to GPs than dietitians or other specialties. Other studies also indicate that obese feel that GPs have a role in the weight management, consider the advices on healthy eating and physical activity useful and refer to be more likely to follow weight-loss recommendations after being advised by their physicians.<sup>2-4</sup> This presents a challenge for GPs, especially in terms of responsibility but also creates an excellent opportunity to positively influence patient's health behaviour.

However, physicians may not be taking advantage over this opportunity. According to Loureiro and Nayga<sup>4</sup>, there remains considerable resistance on the part of many physicians to become actively involved with overweight and obese patients and some of them don't even consider obesity a medical issue.<sup>5</sup> In addition, a systematic review conducted by Teixeira et al.<sup>6</sup> indicates that GPs have insufficient knowledge and training regarding obesity counselling and they also seem to hold negative beliefs and attitudes towards these patients who are described as lazy, unattractive, unmotivated, emotionally unstable and with no self-control, being therefore unable to adhere.<sup>7-11</sup> In addition, Sonntag et al.<sup>12</sup> indicates that GPs are playing a relatively passive role in obesity management. They emphasize the active role of patients in achieving the necessary lifestyle changes, perceiving themselves only as supervisors of behaviour changes. Physicians also identify several barriers as detrimental to the treatment such as inadequate time for counselling, lack of training and competence, communication problems in addressing patients weight, lack of patient motivation and compliance and lack of resources for referral<sup>9,12-15</sup>.

For many authors,<sup>6,16,17</sup> this general attitude of GPs towards weight management and obese patients as well as these discrepancies in treatment responsibility are some of the reasons behind the failure of several interventions regarding this disease. Then, it becomes important to explore the beliefs and attitudes of GPs towards obesity and how it could influence their practices, especially when there are studies indicating that obese

patients don't feel enough support from their GPs on weight management, leading to a decrease in confidence in their doctor and, therefore, making obese less willing to talk about weight issues<sup>18-20</sup>.

In Portugal, 40% of the population is overweight and 15% is obese. Among adults (18-64 years old), 66.6% of males are overweight (46.7%) or obese (19.9%), while 38.1% of females are overweight and 19.8% are obese (total of 57.9%)<sup>21</sup>. As happens in other European countries, Portuguese GPs are the gatekeepers to secondary specialist care and are responsible for much of the management of chronic diseases. However, there's no specific guidelines for GPs on weight loss treatment and nothing is known about what they are doing concerning obesity and what are the results of their interventions. It becomes therefore important to understand how Portuguese GPs are facing this phenomenon. In this qualitative interview study, we aimed to understand GPs' views about obesity and obese people and how these professionals perceive their role in the treatment of this disease.

## Methods

We conducted a *thematic analysis* to collect and analyse the data according to the guidelines developed by Braun & Clarke.<sup>22</sup> This qualitative method used for "identifying, analysing and reporting patterns (themes) within data", provided a deeper understanding of physicians' views and meanings regarding obesity management by going beyond the data achieved through quantitative surveys. We are also responding to some critics that had identified the lack of qualitative studies as a limitation in the comprehension of GPs views about obesity<sup>5,23,24</sup>

The research project was approved by the local university research ethics committee.

### *Participants and data collection*

We purposively sampled GPs working within urban and rural primary healthcare centres in the North of Portugal. Physicians were invited to participate by telephone and/or after the approval of the heads of the primary healthcare centres. After the first contacts, a snowball sampling was also taken to get access to other institutions and professionals. To be included in the sample GPs must have had a medicine specialty

degree in general practice, work in primary healthcare centres and have, at least, two years of experience.

Semi-structured face-to-face interviews were conducted between January 2011 and October 2012. Interviews took place at GPs' workplace, each lasted 30-55 minutes, with the exception of two short interviews, which were 20 minutes each due to GPs' pressing commitments. Written consent to participate in the study and to audio-record the interview was obtained. After a review of the literature, the research team developed a provisional interview guide with nine open questions about general knowledge about obesity, feelings towards obese patients and opinions about treatments and their efficiency, as shown in Box 1. Probing questions were also used to clarify information and gain additional data. Data collection and analysis were conducted concurrently. We employed an iterative approach, using data from earlier interviews to inform later questioning and to refine the interview schedule. Recruitment of participants discontinued on saturation, i.e. when no new insights were arising from the data. Data saturation was reached at 10 interviews but to increase study quality and trustworthiness we conducted six extra interviews. Participants also completed a short survey in the beginning of each interview eliciting demographic data.

#### Box 1 - Interview Schedule

1. What do you think about obesity and how do you describe this phenomenon? (causes, consequences, cultural beliefs about obesity and its implications to the encounter and adherence)
2. Do you know what is the obesity prevalence in Portugal?
3. How do you describe your experience with obese people? (experiences of success and failures; effectiveness, difficulties, barriers)
4. How do you describe your obese patients? (lifestyle, motivation to change, adherence)
5. How do you feel about managing these patients? (how they cope with failures; what they mean for them; implications for practice)
6. How and when do you approach weight problems with your patients? (is obesity an issue to the patient or not? how they communicate with patients and what they talk with them)
7. What do you think the patient expect from you? (beliefs about the patients expectations, how they handle it, role perceived in the management and treatment of obesity)
8. What is your opinion about obesity treatments? (effectiveness, long term outcomes, referrals and barriers to referrals, communication with other professionals)
9. What is your opinion about the Portuguese training education in relation to obesity?

### *Data Analysis*

All interviews were transcribed verbatim, anonymized and analyzed using QSR NVivo 10 software. We conducted an inductive thematic analysis<sup>22</sup> by coding the data in each interview transcript and determining themes relating to the codes. These codes identified features of the data that researchers considered pertinent to the research question. Therefore, data was read several times to allow team's closeness and familiarization with the data. A constant comparative method was adopted throughout. One of the authors developed an initial coding frame which was discussed afterwards with the others members of the research team until a final consensus was reached. The coding frame developed was then used as a guide to systematically code the other interview transcripts. In line with the constant comparative approach, as analysis of transcripts progressed, the coding frame was revised in response to new data. All initial codes relevant to the research question were combined and incorporated into different themes. Emergent themes, subthemes and potential relationships between them were charted helping us to visualise and consider the generation of more themes and links between them. Finally, when coherent, clear and consistent patterns emerged, themes were named, defined and interpreted. Reflexive diaries were written during this process and frequent meetings and discussions between the authors ensured thorough coding and agreement in the development of framework themes and subthemes.

## **Results**

### *Participants' characteristics*

The total sample consisted of 16 GPs (7 men and 9 women), achieving the saturation data. The mean age was 51.27 (9.98) years old (range: 32 to 57-y-old). All physicians were residents at a primary healthcare centre and had a mean of 25.66 (10.5) years of practice (range: 5 to 33 years). Two participants, besides the specialty in general practice also have a degree in Occupational Health. The participants average BMI was 25.55kg/m<sup>2</sup> (3.04) (range: 20.83 to 30.48kg/m<sup>2</sup>), putting them into the overweight cluster. In Portugal, primary care centres are divided by geographical areas and only the central institutions have other services such as nutritional or psychological support. In this study, only six GPs could count with nutritional and psychological



support in their workplaces and only one referred to be working together as a team with other professionals regarding obesity issues.

### *Themes identified from the interviews*

Analysis of the interviews yielded three main themes: 1) obesity as a public health concern; 2) obese characteristics vs. treatment demands, and 3) GPs' sense of defeat vs. need to treat, which will be described further. Direct quotations from interview transcripts highlighting particular aspects of these themes can be found through the text. Each one is identified by interview number.

### *Theme 1: Obesity as a public health concern*

GPs have a high awareness of obesity as a public health and medically relevant issue. Although, few know the actual numbers of obesity in Portugal, they all have the perception that it is affecting almost half the adult population and they notice a big recent increase of overweight and obesity among children which seems to represent a new challenge for GPs: they not only have to deal with children but also with their parents that sometimes react in a negative way to GPs call of attention and advices. As it is mentioned by GP8:

*"... all gets worst especially when you have parents that are also obese! They are always presenting excuses, they don't understand the need to change and if they don't control their own weight, how will they control their children's weight?"*

Physicians view obesity largely as a behavioural problem, with physical inactivity and unhealthy diets as the most important causes. They also argue that there are some cultural aspects and beliefs in Portuguese society playing an important and negative role in the Portuguese obesity scenario. On the one hand, there is the importance given to food: it is perceived not only as a necessity for living but mainly as a way of expressing feelings and also as a reflection of history and tradition, existing, therefore, an emotional/affective relationship with food, mainly associated with pleasure.

*"... I used to say that food is a cultural expression of our values: we love food, we love to eat and we don't feel guilty about it (...) Now things are changing but being fat used to be a motive to be proud of. It means that you*

*not only are eating well and in a desirable portion but also that you are a strong and healthy person..." (GP5)*

*" We have good gastronomy, with history and tradition, and we are proud of that. (...) Food is present in almost every important event in our lives. If you are sad or worried about someone, you eat or offer a cake; if you are happy, you do the same! What do we do when we want to celebrate something? We eat! And we eat a lot! (...) We chose restaurants based on the taste and amount of food they serve (...) We like to eat and for most of us, eating well, is eating a lot!" (GP11)*

On the other hand, there is a general belief in Portuguese society that obesity is not an health problem As GP3 and GP14 expressed:

*"For many people, obesity is not yet a disease. Being fat, it's a sign of strength and energy, especially in rural areas. Being fat doesn't cause you diabetes or hypertension. It's caused due to biological or genetic problems. No matter how much information you give them, they simply don't associate one thing to another and don't recognize the importance of losing weight. Weight is only a problem when you are a young adult and single (laughs)... special among women (laughs). Otherwise, you don't need to worry about being overweight... what's the problem, anyway?" (GP3)*

*"Obesity doesn't hurt... That's the problem. They complain about back pain, difficulties in walking, fatigue, joint pain, but they don't recognize it as a co-morbidity of obesity. For them, the problem is the pain, is living with diabetes, is the hypertension... things that are clearly diagnosed and solved with medication! You don't treat obesity with medication. You don't run exams to diagnose obesity. Therefore, is not a disease. (...) Everybody knows that being fat is not good, but mainly because it damages your image. What they don't know is that it is a disease and possible the reason behind those complains." (GP14)*

GPs are then worried about the burden of obesity in terms of physical, psychological and social consequences for obese people and in terms of health costs, having doubts about the response of health services to obese patients and criticizing the government for the lack of efficient health policies.

### *Theme 2: Obese characteristics vs. Treatment demands:*

GPs seem to hold negative attitudes towards obese patients. They describe them mainly as unmotivated and noncompliant. According to physicians, obese patients present a passive coping, have unrealistic weight loss expectations, perceive lifestyle changes as a sacrifice, being, therefore, unwilling to make time for diet or exercise and lacking compliance. They used to present psychological problems such as anxiety, depression and lacking self-control, using food as a coping strategy to deal with emotional impairment. Physicians consider that obese patients want that doctors hold control and responsibility over the treatment, don't recognize the nature, consequences and gravity of the problem and deny their condition, lacking commitment.

*"... they expect the miracle! They hope for pills that could make them skinny with any kind of efforts or change! You take the pills at night and, in the morning you wake up skinny and beautiful..." (GP8)*

*"... they know they are fat, but they aren't willing to renounce anything because they don't see it nor feel it as a problem... The majority doesn't care, doesn't want to know. They don't think of it as a disease. They know it isn't nice, but they don't change because it brings suffering! All they want is some weight loss pills! It's much easier than do something to change! One the other hand, there are patients that are not satisfied with their weight, apparently they seem willing and motivated to change, but it's all fake! In the next consultation, they have exactly the same weight and didn't follow any of my advices."(GP14.)*

These characteristics are opposed to what GPs report as being essential to treatment success: they emphasize the active role of patients in achieving necessary lifestyle changes to lose weight, as well as motivation, willing to change, commitment, discipline and sacrifice.

*"Without willingness and motivation you don't change your lifestyle... Without effort and sacrifice you don't get it... An obese patient needs to be committed with himself, with his goals, with his doctor and with his family to change... " (GP12.)*

### *Theme 3: GPs' sense of defeat vs. need to treat*

Doctors are feeling defeated and powerless, engaging a relatively passive role in the treatment of obesity. Because of the constant lack of motivation, commitment and

compliance of obese patients, they are having repeated experiences of failure, perceiving themselves not only as unsuccessful in achieving weight loss in their patients but also believing in patient's inability to lose weight, expecting patient non-adherence. They describe the management and treatment of obesity as a difficult thing to do, finding it frustrating and professionally unrewarding, feeling therefore defeated and willing to give up.

*"Treating obesity it's really difficult... sometimes I think it's a waste of time. We try and try and try, but in the next consultation they have the exactly same weight or sometimes they weight even more!(...) It's difficult to handle this. I feel all I can do is repeat the same message over and over again and maybe someday they will get it." (GP3)*

*" It's very difficult to change their habits (...) They have them for a long period of time, they are reluctant to change and you still had to deal with all the cultural and social beliefs and myths about food. (...) I feel completely frustrated when I'm not able to change their attitudes and behaviours. It's really difficult to handle this.... we want to see differences, we want to see changes, we try but they don't get it... they don't understand the need and importance of losing weight... We can't do more!" (GP11)*

*" I feel really sad and frustrated (...) We stop expecting positive outcomes and, at same point, I start to feel inefficient and doubting about my performance.(...) Honestly, sometimes it's like we are talking to walls and we are only doing it[prevention counselling]as a discharge of consciousness."(GP4).*

However, GPs feel committed to offer weight management to obese patients, since they perceive it as part of their responsibility making patients aware of their obesity and its consequences and looking for an adequate treatment. As GP7 expressed:

*" Our job is to keep trying to motivate them and help them to make the changes. It's part of our functions and our workload, as general practitioners, to engage a preventive approach, advising patients to lose weight or do referrals when they constantly fail in achieving our goals or the severity of obesity is seriously compromising the health and well-being of the patient. (...) Measuring weight is now a mandatory procedure for all of us in all consultations. We do it on a daily basis for every patient, regardless he or she is overweight or not. (...) " (GP7)*

Nonetheless, they seem to be more willing to provide weight loss counselling to patients with higher BMIs and to those with comorbid conditions, feeling reluctant to manage weight when there are no comorbidities or when the patients are overweight as opposed to obese. Physicians express substantial ambivalence regarding how to approach the issue of weight management: some GPs bring up the topic of overweight and obesity spontaneously in consultations; others address the topic in specific situations such as when discussing related comorbidities such as diabetes or cardiovascular disorders. They also view weight loss medications as less important than lifestyle changes such as healthy eating behaviours and exercise as it is mentioned by GP8:

*"Most of them [obese patients] come to the consultation expecting to get a prescription with the miracle pills. I frequently need to emphasize that there are no safe medication to lose weight. Drugs will not work and are not useful unless they change their lifestyles. If they want to lose weight, they need to start to eat in a healthy manner and exercise regularly. (...) Some of them still persist or try to negotiate saying "I already lost some weight. It's just a reward or a stimulus to keep me motivated". But it's not a negotiable thing for me, especially when they are doing the first steps into change." (GP8)*

They also demonstrate some scepticism regarding the efficacy of available treatments for obesity and referral to dietician or act in collaboration with other specialties was not a common practice.

*"Bariatric surgery is an option but only for those morbidly obese. And even in these cases I have some doubts... It is a fact that, at least during the first six to twelve months, they lose big amounts of weight. Of course it has its benefits but is not a balance thing... I think even the person is not well prepared to deal with the process... The problem is that after that period of time, in my opinion, they start to regain the weight lost. It's like the problems of self-control and the bad habits they used to have are only paused for a while." (GP1)*

*"As you know there's a lack of resources in our institutions... Dieticians, when available, have an enormous waiting list so we need to establish some criteria to do referrals. When overweight or obesity is not too severe, I usually do the counselling myself. I only do referrals in cases of severe*

*obesity and when the co morbidities are compromising the patient's health. These cases require time, attention and effort which is something impossible to manage in a brief consultation. But my perception is that, even with dietician help, the outcomes are very poor. (...) Dietetic and psychological support are two fundamental resources in the treatment of obesity but it's complicate to cooperate or plan other activities when you don't have that resources or when you are too submerge with your demands and workload when they have their own goals and agenda that clearly are too different from ours." (GP5)*

## **Discussion**

In our study, we aimed to understand GPs' views about obesity and obese patients and how these professionals perceive their role in the treatment of this disease and how it influences their practices. Our qualitative analysis reveal that GPs are facing a set of dilemmas, being the main one, an internal conflict between their perceived responsibilities and duties as physicians in obesity treatment and a feeling of disengagement derived from negative outcomes and beliefs. Although provide information, advise patients on the health risks of obesity and enhance motivation are perceived as at the core of physicians' duties, they are negative about their own role in obesity treatment. The majority of doctors think they are not making any difference in getting their patients to make long term changes in lifestyle. They blame obese patients for being unmotivated and noncompliant, holding, therefore, negative attitudes towards these patients that seem to influence GPs' beliefs and practices. In cognitive terms, they believe they must play an active role in the treatment of obesity (*they need to treat*). However, in behaviour terms, the lack of obese compliance and positive outcomes, the negative attitudes towards obese, the perception of low self-efficacy and the feelings of frustration as well as a set of barriers and social beliefs perceived as out of physicians control, are leading them to play a relatively passive role in the treatment of this disease (*sense of defeat*).

Similarly to the findings of Sonntag et al.,<sup>12</sup> GPs emphasized the active role of patients in achieving necessary lifestyle changes to lose weight. However, contrary to these same results, physicians don't perceive themselves only as supervisors in the

change process: they believe they can play an active role in obesity treatment since, contrarily to the results of Epstein and Ogden,<sup>5</sup> they consider obesity management as part of their workload. Nevertheless, as reported in other studies,<sup>3,9,12-15</sup> the poor intervention outcomes and the lack of patients motivation and compliance, perceived as barriers beyond physicians control, are creating doubts about doctors' efficacy and developing feelings of frustration, powerlessness, dissatisfaction and a sense of defeat that is making GPs to perceive the treatment as a waste of time, desiring to give up on most of the cases of obesity. However, the perception of this disease as part of their domain of action is not letting them to do that.

This disappointment is reflected in the way GPs perceive obese. As it was confirmed by Teixeira et al.,<sup>6</sup> our participants also hold negative beliefs and attitudes towards these patients. Besides their willing to help obese, it is clear, as Ogden et al.<sup>25</sup> refer, that physicians' beliefs reflect a “victim blaming approach”, since obese are viewed as responsible for both the cause and solution of their problem. In addition, the repeated experiences of failure reinforce the perception of obese as unmotivated, noncompliant, unwilling to make lifestyle changes and therefore, unable to lose weight. Another reason behind these negative attitudes might be physicians' unrealistic expectations in relation to weight loss outcomes. This leads to attributions of failure and feelings of frustration even if some significant lifestyle changes are achieved or the current weight was, at least, maintained<sup>26,27</sup>. According to Visser et al.,<sup>28</sup> this belief in obese incapacity to adhere derives not only from the lack of positive results and the feelings of frustration, but also from the rise in the number of overweight patients, the experience that patients often regain weight and the perception that changing behaviours is something that takes effort and is very difficult to achieve. Hayden et al.<sup>29</sup> add that blaming obese for the failures works as an ego-protective strategy to GPs. It is easier to blame patients rather than recognise that there is a lack of adequate knowledge concerning obesity treatment. Previous studies<sup>12,15</sup> found that GPs with high level of obesity-specific knowledge are more likely to believe in the success of their therapy and have less negative attitudes towards obese. We also believe that the lack of knowledge is not only one of the reasons justifying the perception of the treatment as a difficult thing to do but also the GPs' education background. As Foster et al.<sup>10</sup> indicate medical training places a great emphasis on the biological basis of disease rather than on the principles of behavioural sciences. As such, physicians may not feel fully equipped to address behavioural issues. This could also explain why GPs give more attention to

those with bigger BMI or with co morbidities than to those with overweight. They rely on a curative rather than a preventive approach<sup>10,13,28</sup> missing then an important opportunity to counsel individuals and prevent morbidity and mortality. This is particularly relevant especially when there are studies confirming the positive effect that physicians advice have on obese motivation to change and to lose weight<sup>2-4</sup>. Nonetheless, in our sample, the cultural belief related to the lack of recognition of obesity as a health problem might be influencing physicians practices, leading them to undervalue moderate overweight. Thus, they don't seem to give it the same emphasis they do when the patient already presents co-morbidities or a higher BMI, managing overweight as a problem requiring little medical attention.

Rather than the cultural context, the lack of knowledge or the education model, other reasons may explain these differences in delivery care as well as the perception of the treatment as a difficult thing to do. According to Leverence et al.<sup>30</sup>, the workload and competing demands of primary care physicians to deliver a range of preventive services, including obesity counselling and the limitation of time of the encounter is leading GPs to undertake a selective approach to obesity screening and counselling. They need to balance their time in the most appropriate and effective way, prioritizing not only obesity management and prevention but also other medical and preventive services. This scenario raises challenges for practice: on the one hand, the implementation of guidelines for obesity treatment might be lead to a second plan due to inadequacy in relation to doctors experiences in primary care<sup>30</sup>; on the other hand, it endorses the development of new evidence-based models of approaching and managing obesity in the context of primary care (such as the Counterweight Project<sup>31</sup>) and promotes the revision and discussion of health policies and organization of the health system.

This issue of guidelines inadequacy seems to represent a bigger problem in Portugal since we have mostly been using Australian and American guidelines. This could be one more reason contributing to the perceptions of failure and inefficiency of GPs, adding one more factor to the dichotomy between fight (*need to treat*) or give up (*sense of defeat*) on obesity treatment.

The perception of infrastructure barriers also seems to be contributing to this dilemma. The insufficient number of dieticians labouring in Portuguese health institutions or the lack of other resources to support weight loss, such as psychologists or exercise experts, may explain the GPs reluctance to make referrals. However, due to



treatment demands and the increase workload of GPs, they should be more willing to adopt a team-oriented care model. A review of Tsai et al.<sup>32</sup> indicated that intervention outcomes concerning weight loss are improved when counselling is done in collaboration rather than delivery by GPs alone. This team work could also facilitate some communication problems that physicians seem to be facing in approaching the issue of obesity and improve the advices concerning nutrition and exercise.

These findings underlines the meaningfulness of further education for primary healthcare providers who deal with overweight and obese patients. In addition, previous studies indicates that trainee doctors also hold negative beliefs and attitudes towards obese patients, have low perceptions of self-efficacy concerning treatment and are not convinced of the success of the intervention outcomes<sup>33</sup>. Therefore, patient centred communication, motivational interviewing, problem solving and action planning should be available in residency programmes as well as in continuous medical education<sup>34</sup>.

#### *Strengths and limitations of the study*

By using a qualitative approach we gave response to some critics concerning the high number of researches with a quantitative design and the lack of more meaningful results concerning the beliefs, attitudes and practices of GPs<sup>5,23,24</sup>. This enable us to explore in depth the physicians' views about obesity, what it means to their experience and practice and how they perceive themselves as agents of change. Team work to code, develop and refine the coding frame as well as the use of a constant comparative method enhanced the "trustworthiness" of the findings<sup>35</sup> but failed to provide multiple perspectives. Other panel of experts or the participants themselves were not involved in the discussion of the adequacy of the themes or subthemes and the linkages between them. Our sample was limited in geographical scope to the north of Portugal, and essentially limited to one medical specialty, so the generalisability of these findings requires verification in larger and more diverse samples. On the other hand, it was possible to achieve data saturation, with a high degree of consistency of themes. The use of a sound qualitative framework with detailed description of the procedures of collecting and analysing data also ensures rigour to the study and allows further decisions concerning transferability.<sup>35</sup> The reflexive diaries kept by the main researcher (which was also the interviewer) heightened self-awareness concerning subjectivity and possible bias during data collection and analysis.

## Conclusion

In sum, GPs are facing an internal conflict between their perceived responsibilities and duties as physicians and a feeling of disengagement, reflected in a willingness to give up on obesity treatment. They believe it is part of their job to engage a preventive approach but they hold a pessimistic view about obesity and obese patients that seems to be affecting their practices in a negative way. They are playing a relatively passive role, feeling defeated and unmotivated to act, which is reflected in a decrease of efforts and in a set of negative beliefs and attitudes concerning treatment and obese. If patients perceive this negativity they may also respond in a negative way to physicians' negative attitudes, creating a vicious circle that may reinforce the doctors' beliefs and be detrimental to intervention and GPs-patients relationship. If GPs are supposed to be at the forefront of the obesity management, they should be more aware of how their beliefs influence their practices and be encouraged to change them when necessary. This issue should be taken into account during general practitioners' education and training. They seem to need more knowledge and training, precise guidelines and better tools for screening and management of obesity, more referral options, and improved coordination with other specialties. Also, discomfort with the subject of obesity may be partially ameliorated with training. Structural, social and environment changes such as the involvement of the community, the improvement of health policies and revision of the organization and demands imposed to GPs in primary care should also take place. More research in this area is needed concerning differences between other groups of healthcare professionals, patients' views about their doctors, possible relationships between doctors' own weight, sex and age/years of experience and their practices and a more systematic approach to barriers to intervention as a way to determine how best to facilitate GPs' contribution in addressing the epidemic of obesity.

## References

1. Ogden J. Obesity treatment. In: Ogden J, (editor). *The psychology of eating: from healthy to disordered behaviour*. New York: Blackwell; 2009. p.180-210.
2. Tan D, Zwar N, Dennis S, Vagholkar S. Weight management in general practice: what do patients want?. *Med J Aust* 2006;185:73-5.

3. Galuska D, Will J, Serdula M, Ford E. Are health care professionals advising obese patients to lose weight?. *JAMA* 1999;282:1576-1578.
4. Loureiro M, Nayga R. Obesity, weight loss, and physician's advice. *Soc Sci Med* 2006;62: 2458–2468.
5. Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GP' views of treating obesity. *Br J Gen Pract* 2005;55:750-4.
6. Teixeira F, Pais-Ribeiro J, Maia A. Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras* 2011;58: 254-262
7. Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, Biderman A, Itzhak B, Kitai E. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes* 2002;26:1393-97.
8. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *Fam Pract* 2006;7:1-11.
9. Alexander S, Ostbye T, Pollak K, Gradison M, Bastian L, Brouwe R. Physicians' beliefs about discussing obesity: results from focus groups. *Am J Health Pro-mot* 2007;21:498-500.
10. Foster G, Wadden T, Makris A, Davidson D, Sanderson R, Allison D, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003;11:1168-77.
11. Ferrante J, Piasecki A, Ohman-Strickland P, Crabtree B. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity* 2009;17:1710-6.
12. Sonntag U, Brink A, Renneberg B, Braun V, Heintze C. GPs' attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity--a qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2012;18(1):9–14.
13. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, Paraponaris A. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 2005;13:787-95.
14. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes* 2005;29:1100-6.
15. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obes Res* 2000;8:459-66
16. Kristeller J, Hoerr R. Physicians attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups. *Prev Med* 1997;26:542-9.

17. Ogden J, Flanagan Z. Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Counsel* 2008;71:72-8.
18. Tham M, Young D. The role of the General Practitioner in weight management in primary care – a cross sectional study in General Practice. *BMC Fam Pract* 2008;9:66-72.
19. Wadden T, Anderson D, Foster G, Bennett A, Steinberg C, Sarwer D. Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. *Arch Fam Med* 2000;9:854-860.
20. Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract* 2006;56:666–672.
21. Sardinha LB, Santos D a, Silva AM, et al. Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. *PLoS One*. 2012;7(10):e47883.
22. Virginia Braun, Victoria Clarke. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77–101.
23. Budd G, Marioti M, Graff, D, Falkenstein K. Healthcare professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res* 2009;24:127-37.
24. Dutton G, Perri M, Stine C, Goble M, Vessem N. Comparison of physician weight loss goals for obese male and female patients. *Prev Med* 2010;50:186-8.
25. Ogden J, Bandara I, Cohen H, Farmer D, Hardie J, Minas H, et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ Couns*. 2001;44:227-33.
26. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change : Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand J Prim Health Care*. 2007;(25):244–249.
27. Phelan S, Nallari M, Darroch FE, Wing RR. What Do Physicians Recommend To Their Overweight and Obese Patients? *J Am Board Fam Med*. 2009;22:115–122.
28. Visser F, Hiddink G, Koelen M, van Binsbergen J, Tobi H, van Woerkum C. Longitudinal changes in GPs' task perceptions, self-efficacy, barriers and practices of nutrition education and treatment of overweight. *Fam Pract*. 2008;25:i105 – i11.
29. Hayden M, Dixon J, Pitterman L, O'Brien P. Physician attitudes, beliefs and barriers towards the management and treatment of adult obesity: a literature review. *Aust J Prim Health*. 2008;14:9-18.

30. Leverence R, Williams R, Sussman A, Crabtree B, Clinicians RN. Obesity Counseling and Guidelines in Primary Care: A Qualitative Study. *Am J Prev Med.* 2007;32(4):334–339.
31. Counterweight T, Team P. A new evidence-based model for weight management in primary care : the Counterweight Programme. 2004:191–208.
32. Tsai A, Wadden T. Treatment of obesity in primary care practice in the United States: A systematic review. *J Gen Intern Med.* 2009;24:1073-79.
33. Jochemsen-van der Leeuw H, van Dijk N, Wieringa-de Waard M. Attitudes towards obesity treatment in GP training practices: a focus group study. *Famlily Pract.* 2011;28:422–429.
34. Van Weel-Baumgarten E. Patient-centred information and interventions: tools for lifestyle change? Consequences for medical education. *Fam Pract.* 2008;25 Suppl 1:i67–70.
35. Creswell J. *Qualitative Inquiry & Research Design: choosing among five approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007.

### **CAPÍTULO III**

#### **Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso de profissionais de saúde face à obesidade**

Teixeira, F., Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, A. (submetido). Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso de profissionais de saúde face à obesidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.

## Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso de profissionais de saúde face à obesidade<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** Investigações recentes no âmbito da obesidade sugerem que as crenças, atitudes e práticas de vários profissionais de saúde, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários, parecem estar a influenciar negativamente o comportamento destes técnicos no tratamento desta doença, não lhe dando a devida importância e contribuindo para a manutenção das taxas de obesidade. As críticas têm apontado para a primazia de investigações quantitativas e a ausência de estudos comparativos com diferentes grupos de profissionais de saúde.

**Método:** Neste estudo foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a médicos de família, nutricionistas e enfermeiros, a laborar em centros de saúde dos distritos de Braga, Porto e Aveiro. As entrevistas foram transcritas e analisadas segundo os princípios da *análise temática*.

**Resultados:** Os três grupos apresentam crenças e atitudes negativas em relação aos obesos que são descritos como desmotivados e passivos face ao tratamento, não aderindo na maioria das vezes, visto desvalorizarem a obesidade enquanto problema de saúde. Os médicos de família possuem baixas expectativas de sucesso, sentindo-se frustrados com a falta de adesão, o que os leva a adotar uma postura passiva e resignada face ao tratamento. Os nutricionistas e enfermeiros percecionam-se como agentes ativos, considerando-se capazes de influenciar a motivação dos obesos, acreditam no seu sucesso, mas descrevem o processo como uma luta constante. Há várias referências a problemas de comunicação entre os três grupos de profissionais.

**Discussão:** Para uma maior eficácia no tratamento da obesidade torna-se peremptório alertar os profissionais de saúde para o impacto que as suas crenças poderão exercer na prática, reforçar a abordagem multidisciplinar e promover o aumento dos conhecimentos e de opções de tratamento e a melhoria da comunicação entre os vários profissionais.

**Palavras-chave:** obesidade, crenças, profissionais de saúde, cuidados de saúde primários, investigação qualitativa

---

<sup>1</sup> A organização do artigo segue as orientações da revista em que foi submetido (estilo AMA, *American Medical Association*).

## Introdução

A obesidade, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das epidemias do século XXI, é uma doença crónica cuja prevalência tem aumentado de forma dramática. Nas projeções efetuadas, em 2008, pela OMS, cerca de 35% dos adultos, acima dos 20 anos de idade, possuía excesso de peso e 11% eram obesos<sup>1</sup>. Em Portugal, os números são igualmente elevados, estimando-se que mais de metade da população portuguesa apresente problemas de excesso de peso<sup>2,3</sup>. Nomeadamente, em 2008/2009, dos 9447 participantes de um estudo realizado por Sardinha et al. (2012), 66,6% dos homens e 57,9% das mulheres, entre os 18 e os 64 anos de idade, tinham excesso de peso, dos quais 19,9%, em ambos os grupos, apresentavam obesidade.

Os cuidados de saúde primários, com responsabilidades a nível da promoção da saúde individual e comunitária, prevenção das doenças e diagnóstico e tratamento das mesmas, assumem um papel de destaque no combate à obesidade. Neste contexto, os profissionais de saúde (PS) surgem como agentes primordiais na promoção da mudança comportamental e da adoção de um estilo de vida saudável<sup>4-6</sup>. No entanto, estudos recentes indicam que os médicos de clínica geral e familiar (MCGF), enfermeiros e nutricionistas não parecem estar a empenhar-se devidamente nesta tarefa, apresentando uma ação inconsistente e descoordenada, assim como crenças e atitudes negativas face à obesidade e aos obesos que parecem estar a influenciar negativamente as suas práticas. No entanto, não deixam de considerar a obesidade um problema grave de saúde pública e uma doença cuja intervenção faz parte das suas responsabilidades e domínio de ação<sup>7-10</sup>.

A vasta literatura relativa às crenças, atitudes e práticas dos MCGF é unânime quanto à existência de conhecimentos e de competências inadequados face à obesidade e seu tratamento, e de crenças ambivalentes e de atitudes negativas face aos obesos, que são descritos como desmotivados, preguiçosos e com ausência de auto-controlo e de responsabilidade face ao tratamento. Estes profissionais consideram que lidar com o problema da obesidade não é fácil, manifestam baixas expectativas de resultados quanto à perda de peso e sentem-se, muitas vezes, frustrados e pouco sucedidos, perspetivando o seu papel no tratamento da obesidade de uma forma negativa<sup>11-13</sup>.

Relativamente aos nutricionistas e enfermeiros, a literatura é bastante escassa e incoerente quanto às perceções e práticas destes grupos no que diz respeito à obesidade. Todavia, a literatura existente aponta para a manifestação de crenças e atitudes



negativas face aos obesos e à sua capacidade para perder peso<sup>9,10,14,15</sup>, não existindo ainda evidência clara quanto à forma como este pessimismo influencia as práticas destes profissionais. Os nutricionistas tendem a considerar-se o grupo mais influente e melhor preparado para lidar com a obesidade e perda de peso, desejando, ainda assim, obter mais formação e competências, principalmente em termos de estratégias motivacionais<sup>9,14</sup>. Contrariamente, os enfermeiros admitem falta de conhecimentos e competências adequadas, embora não considerem que exista relação com os resultados das suas intervenções, visto percecionarem-se como capazes de motivar o doente para a mudança do estilo de vida e perspetivarem o tratamento como sendo da responsabilidade do obeso<sup>15,16</sup>.

Há duas limitações principais que parecem transversais aos estudos realizados no âmbito desta temática: por um lado a escassez de estudos comparativos entre MCGF, nutricionistas e enfermeiros e, pelo outro, a primazia de estudos quantitativos considerados redutores quanto à compreensão da visão dos PS face à obesidade e à forma como percecionam o seu papel no tratamento desta doença<sup>16,17</sup>. Em Portugal, não existem registos de estudos neste âmbito e perante o aumento do número de obesos torna-se peremptório perceber como é que os PS estão a lidar com este fenómeno e quais as suas implicações para a prática. Com o intuito de responder às limitações identificadas na literatura, desenvolvemos uma investigação qualitativa na qual, através da realização de entrevistas semi-estruturadas, pretendemos compreender, de forma sistemática, as crenças, atitudes e práticas de MCGF, nutricionistas e enfermeiros relativamente à obesidade e aos obesos, em contexto de cuidados de saúde primários.

## **Método**

### **Participantes e recolha de dados**

Após a aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Comissão de Ética da ARS Norte, I.P. , realizámos entrevistas semi-estruturadas a MCGF, nutricionistas e enfermeiros da zona norte do país, entre Janeiro de 2011 e Setembro de 2013. Tendo por base os pressupostos do método de recolha e análise de dados escolhido, nomeadamente a *análise temática*<sup>18,19</sup>, constituiu-se uma amostragem teórica, ou seja, os participantes foram selecionados por apresentarem características relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo. Nomeadamente, tinham de possuir

especialidade em medicina geral e familiar ou licenciatura em nutrição ou enfermagem; trabalhar numa unidade pública de cuidados de saúde primários (centro de saúde, unidade de saúde familiar, etc.); e ter, pelo menos, dois anos de experiência profissional. Todavia, a análise das entrevistas dos nutricionistas apontou para a necessidade de se realizarem entrevistas a profissionais deste grupo que trabalhassem no setor privado, pelo que tivemos que incluir elementos deste contexto neste grupo. Os PS foram contactados através de informantes-chave, por via telefónica e/ou mediante autorização e colaboração dos coordenadores das instituições de saúde. A constituição de uma amostragem teórica pressupõe também que a recolha e análise de dados se processem de forma simultânea tendo em vista a procura da variabilidade e/ou aprofundamento dos conceitos emergentes na análise. Assim, após as primeiras entrevistas e consequentes análises, recorreu-se à estratégia de *bola de neve* ou seleção de participantes em cadeia, com o intuito de se aceder a mais instituições e profissionais de saúde.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes, com uma duração entre 30 e 90 minutos. Obtivemos o consentimento informado de todos os participantes, assim como autorização para gravação áudio das entrevistas. Desenvolvemos um guião de entrevista provisório e igual para os três grupos (c.f.: Tabela 1), o qual continha inicialmente nove questões de carácter aberto, que foram sendo reformuladas à medida que a investigação e a análise de dados foi ocorrendo. Este processo repetiu-se até alcançarmos a saturação teórica dos dados, isto é, até novos dados deixarem de emergir das análises efetuadas. No final de cada entrevista, foi pedido aos PS que respondessem a um breve questionário para recolha de informação sociodemográfica.

Tabela 1 - Guião de entrevista

1. O que é que pensa acerca da obesidade?
2. Como descreve a sua experiência com os obesos?
3. Como descreve os doentes obesos?
4. Como costuma abordar a questão do excesso de peso com os obesos?
5. Como costuma intervir junto destes doentes?
6. Como se sente ao lidar com estes doentes?
7. O que acha que o doente espera de si enquanto profissional de saúde?
8. Qual é a sua opinião acerca dos tratamentos disponíveis para a obesidade?

9. O que é que pensa sobre a formação existente em Portugal, para profissionais de saúde, acerca da obesidade?

### **Análise dos dados**

Todas as entrevistas foram transcritas *verbatim* pelo mesmo investigador, tendo-se eliminado quaisquer dados de identificação dos participantes, salvaguardando-se o seu anonimato e a confidencialidade dos dados. As entrevistas foram analisadas segundo a ordem com que foram realizadas e com recurso ao *software* NVivo 10.

Para a análise dos dados, a escolha recaiu sobre o método da *análise temática*<sup>18</sup>, por permitir obter, de forma rigorosa e sistemática, uma compreensão aprofundada e alargada da perceção e do significado que os PS atribuem à obesidade, aos obesos e ao seu papel na gestão e tratamento desta doença. A *análise temática* é um método de descrição, análise e identificação de padrões (ou temas), que se processa através do desenvolvimento de um sistema de codificação dos dados, que procura encontrar temas centrais, relacionando-os e hierarquizando-os desde um nível mais descritivo até um nível mais interpretativo<sup>18,19</sup>. Desta forma, um dos investigadores iniciou a análise com a decomposição do conteúdo das primeiras entrevistas, desenvolvendo um sistema de codificação que foi, posteriormente, discutido e refinado com os restantes membros da equipa. Este sistema inicial serviu de base para as análises seguintes, o qual, com recurso ao método de comparação constante, foi sendo reformulado à medida que a recolha e análise dos dados foram progredindo simultaneamente e novos temas foram emergindo. A codificação e agrupamento dos dados e a identificação de temas e de relações entre estes foi evoluindo para um sistema cada vez mais hierarquizado e interpretativo, até se atingir a saturação teórica dos dados. Diferenças de interpretação foram sendo discutidas pela equipa até identificarmos os temas centrais ou chave que englobassem e relacionassem todos os dados. As análises e os processos de tomada de decisão foram registados em memorandos ao longo de toda a investigação.

## Resultados

### Características dos participantes

A amostra foi constituída por 44 profissionais de saúde, nomeadamente 16 MCGF (sete homens e nove mulheres), 12 enfermeiros (três homens e nove mulheres) e 16 nutricionistas (dois homens e 14 mulheres), dos quais nove trabalhavam no setor público, seis no setor privado e um em ambos os setores. O conjunto dos três grupos de profissionais apresenta uma média de 41,13 ( $DP= 9,60$ ) anos de idade e de 16,38 ( $DP= 7,61$ ) anos de experiência profissional. Vinte e oito profissionais apresentavam peso normal, 13 excesso de peso e três obesidade grau I, sendo que a média de IMC corresponde a  $24,12\text{kg/m}^2$  ( $DP= 1,48$ ). Do grupo dos homens, dois já tiveram problemas de peso no passado, dois afirmaram ter problemas de peso no presente e seis não consideram ter um peso adequado. Do grupo das mulheres, 12 referiram ter tido problemas de peso no passado, nove referiram ter problemas de peso atualmente e 23 não consideram ter um peso adequado. Outras características dos PS são descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos participantes

	MCGF	Nutricionistas	Enfermeiros	Total
Sexo				
Masculino	7	2	3	12
Feminino	9	14	9	32
Total	16	16	12	44
Média de idades (DP)	51,75 (9,73)	33,06 (8,44)	38,58 (9,32)	41,13 (9,60)
Mínimo	32	24	26	-
Máximo	64	57	52	-
Média de anos de experiência profissional (DP)	24,25 (10,57)	9,06 (7,55)	15,83 (9,28)	16,38 (7,61)
Mínimo	5	2	4	-
Máximo	34	30	29	-
Média IMC (DP)	25,55 (3,04)	22,59 (2,55)	24,22 (2,67)	24,12 (1,48)
Mínimo	20,83	19,81	20,20	-
Máximo	30,48	29,01	30,39	-

### **Semelhanças temáticas entre os três grupos de profissionais**

**Obesidade enquanto problema de saúde pública:** Todos os profissionais encontram-se preocupados com aquilo que muitos designam por "flagelo da obesidade" e com as consequências que esta doença acarreta, principalmente, em termos físicos, visto aumentarem a gravidade do problema e representarem um aumento de custos com a saúde. Os participantes consideram que em Portugal, a população geral ainda não está sensibilizada para esta questão, sendo necessárias mais campanhas e iniciativas políticas direcionadas à promoção da saúde. No entanto, mencionam verificar mudanças positivas, transversais a todas as idades e contextos (rural e urbano), principalmente no que diz respeito à prática de exercício físico. Os participantes questionam-se quanto aos potenciais efeitos que a atual crise económica poderá trazer a longo prazo, não sendo contudo unânimes nas suas opiniões.

**Características dos obesos vs. exigências do tratamento:** Os profissionais descrevem os obesos como doentes fortemente desmotivados para a perda de peso e passivos quanto à realização de mudanças comportamentais; que não assumem a responsabilidade do tratamento e desculpabilizam-se constantemente, explicando a sua não adesão e os seus fracassos com base em fatores externos (ex.: *"... tive um aniversário... é o trabalho... não tenho tempo..."*). Todos os participantes referem que os obesos apresentam problemas de auto-estima, ansiedade e depressão, que conduzem a uma ingestão emocional, associada à perda de auto-controlo. Todos consideram que os obesos procuram um "milagre" ou algo que os faça perder peso sem realizarem sacrifícios. Os profissionais referem ainda que estes doentes possuem muitos mitos acerca da alimentação e, devido às inúmeras tentativas e procura de ajuda para perda de peso, trazem consigo uma "bagagem informativa" que exige mais conhecimentos e competências do profissional de saúde. A maioria dos entrevistados considera que os obesos, de forma geral, não compreendem a problemática e gravidade da obesidade *"porque é uma doença que não dói"*. Na sequência deste facto, os participantes consideram que a insatisfação corporal surge como o principal motivo para a perda de peso, embora seja motivo mais comum nos jovens adultos. A partir da meia idade, segundo os entrevistados, as motivações surgem associadas ao desenvolvimento de morbilidades.

Todas estas características opõem-se àquilo que os profissionais descrevem como sendo as exigências para um tratamento eficaz e bem sucedido: possuir elevada motivação, determinação, força de vontade, espírito de sacrifício e auto-controlo, o que se traduz na adoção de um papel ativo por parte do doente, o qual deve estar disposto a desconstruir barreiras (individuais e coletivas), empenhando-se nas mudanças comportamentais necessárias para a adoção de um estilo de vida saudável.

**Barreiras:** A desmotivação dos obesos, a falta de tempo na consulta e a ausência de recursos, como a falta de nutricionistas nas instituições de saúde, são as três principais barreiras comuns no discurso dos MCGF, nutricionistas e enfermeiros. Estes dois últimos grupos mencionam ainda dificuldades de articulação e comunicação entre profissionais de saúde, principalmente com os médicos de família, os quais consideram não terem conhecimentos suficientes e não estarem devidamente sensibilizados para a problemática da obesidade.

Exemplos dos discursos quanto às semelhanças dos três grupos de profissionais podem ser encontrados na tabela 3.

### **Diferenças temáticas entre os três grupos de profissionais**

**Práticas:** O discurso dos MCGF aponta para alguma relutância relativamente a abordarem diretamente a problemática do excesso de peso, preferindo que seja o doente a introduzir a questão; demonstram preocupação quando o doente já apresenta um índice de massa corporal (IMC) elevado mas, tendencialmente, abordam a questão do excesso de peso no contexto de co-morbididades como a diabetes ou a hipertensão, fazendo-o com cuidado relativamente à linguagem que utilizam, pois consideram ser um tema sensível para os doentes e que pode ferir suscetibilidades. Pequenos aumentos de peso tendem a ser desvalorizados, mas pequenas perdas são reforçadas positivamente. As recomendações para mudanças de estilo de vida prendem-se com a prática regular de exercício físico (ex.: caminhadas diárias) e a diminuição da ingestão alimentar ou eliminação de alimentos hipercalóricos, mas poucos são aqueles que fornecem explicações e materiais estruturados (ex.: planos alimentares e/ou diários de alimentação) quanto à forma de se proceder a essas alterações. Os discursos indicam que estes profissionais são contra a prescrição de fármacos que contribuam para a redução do peso e apenas dois participantes afirmaram recorrer ao uso de suplementos

alimentares, embora esporadicamente. Os encaminhamentos para consultas de nutrição são, muitas vezes, feitos com base em avaliações subjetivas quanto à gravidade do excesso de peso e à motivação do doente; ou quando a pessoa apresenta tentativas fracassadas de perda peso. Pelo contrário, encaminhamentos para consultas de obesidade são realizados sempre que possível e quando o doente apresenta um IMC igual ou superior a  $40\text{kg/m}^2$ , com história de insucessos repetidos.

Os enfermeiros referem não sentir dificuldades ao abordar o doente quanto ao excesso de peso: apesar de também referirem cuidados na linguagem, consideram agir de forma natural pois, na maioria dos casos, *"as pessoas sabem que têm excesso de peso... sabem que estão gordas..."*. Contrariamente aos MCGF, demonstram-se preocupados com pequenos aumentos de peso, privilegiando uma abordagem preventiva que consideram ser mais facilitadora de mudanças do estilo de vida, já que *"realizar pequenas alterações é mais fácil do que modificar hábitos já fortemente enraizados"*. Estes profissionais promovem a educação e motivação do doente com recurso a *flyers*, apresentação de imagens e uso de metáforas para explicar a problemática e gravidade do excesso de peso e obesidade, e desconstruir mitos e expectativas irrealistas. Os enfermeiros entrevistados referem ser de extrema importância o envolvimento dos familiares no processo de mudança de estilo de vida.

Os nutricionistas também mencionam ter cuidados na linguagem, contudo dizem estar à vontade para abordar o excesso de peso visto que o doente que recorre a esta consulta *"já sabe para o que veio"*. Estes profissionais preocupam-se em avaliar expectativas quanto à forma e quantidade de perda de peso esperadas pelo doente; procuram perceber a história de evolução do peso e o contexto financeiro, laboral e familiar do indivíduo. Na sua prática, os nutricionistas recorrem a *flyers* informativos, imagens com a roda dos alimentos, diários alimentares para educarem e motivarem e estabelecem pequenos objetivos de perda peso, mas somente após os primeiros registos de mudanças comportamentais. O uso de planos alimentares varia de acordo com as características e necessidades do doente, mas tendencialmente recorrem a este instrumento na maioria dos casos, adequando-o ao contexto e dia a dia de cada doente.

Tabela 3 - Semelhanças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

	MCGF	Enfermeiros	Nutricionistas
Obesidade enquanto problema de saúde pública	<p>"A obesidade, actualmente, já é um problema de saúde pública, não é? (...) com repercussões graves ao nível da saúde..." MCGF 3</p> <p>"Eu acho que as coisas já começam a mudar um bocadinho. Já se vê mais pessoas a caminhar, já começam a estar mais preocupadas com o que comem... ainda assim, nao é suficiente." MCGF 11</p> <p>"As pessoas não estão minimamente sensibilizadas... ser gordo não dói!! Só se lembram quando já tem alguma patologia associada e mesmo assim acham que esta não tem nada a ver com o peso." MCGF 14</p>	<p>"Cada vez na consulta temos mais e mais doentes obesos... então nas crianças é um flagelo! E os pais não percebem... também eles são na maioria obesos!" Enf 3</p> <p>"... imagino que vamos ter uma, um prevalência muito, muito marcada nos próximos anos, até desta crise porque, porque - o pão está caro, é certo - mas é o que eles vão comer! É pão e é salsichas e é esse tipo de coisas. É uma pena que não seja sopa, mas a sopa dá trabalho a fazer e para quem tem que comprar os legumes, não é barato, (...) é difícil eu dizer às pessoas que devem comer mais peixe, mais isto ou mais aquilo, se a parte económica não lhes permite, não é?" Enf 6</p>	<p>"Mas acho que as pessoas não têm noção de que a obesidade é uma doença, de que o excesso de peso lhe pode trazer sérias e graves complicações de saúde e que tem uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade associada, não têm noção. Porque ser gordo não doi. "Nut 6</p>
Características dos obesos vs. exigências do tratamento	<p>" ... a maior parte não liga..., não se preocupa... Não valorizam absolutamente nada! " MCGF 1, 3, 4, 13</p>	<p>"... eles dizem que fazem, mas na maioria são muito poucos os que fazem." Enf 2, 6</p>	<p>"Ainda há muita gente que vem atrás da pilulazinha milagrosa." Nut 1</p>



Tabela 3 - Semelhanças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

	MCGF	Enfermeiros	Nutricionistas
	<p>"... eles não querem deixar de comer aquilo de que gostam, nem fazer sacrifícios. (...) As perspectivas deles são sempre perder peso rapidamente, sem grandes sacrifícios (risos)... não querem abdicar daquilo que lhes sabe bem e daquilo que gostam em função da redução do peso." MCGF 4</p> <p>"Se não houver força interior, capacidade motivacional suficiente... não se vai a lado nenhum." MCGF 12</p>	<p>"Mas em termos de motivação, realmente, e de abertura para mudar hábitos e para fazer algo que implique sacrifícios também da parte deles, de uma forma geral não estão muito motivados para isso, não. (risos) Eles gostariam era de uma solução milagrosa que geralmente é isso que vêm à procura! De que não implique muitas alterações nos seus estilos de vida e naquilo que estão habituados a fazer." Enf 10</p> <p>"Já se sabe que é preciso força de vontade e motivação para se mudar... não é fácil, mas isso não dá." Enf 4</p>	<p>"Há alguns que só sabem apresentar desculpas! Não estão minimamente motivados!" Nut 2</p> <p>"As pessoas acham que só por comerem todos os dias que já sabem muito sobre nutrição!" Nut 3</p> <p>"É muito evidente em alguns casos a relação que estas pessoas têm com a comida... nem tentam negar! Há aquela tensão, aquela ansiedade que é claramente resolvida e vingada na comida" Nut 9</p>
Barreiras	<p>"... nós temos a possibilidade de ter uma nutricionista aqui no centro ... que é... perfeitamente insuficiente..." MCGF 12</p> <p>"A nível do serviço público há muito pouco, há muitos poucos nutricionistas..." MCGF 3</p>	<p>"Para nós, às vezes também é complicado porque nem todos os médicos de família estão ainda sensibilizados para estas questões e por isso às vezes temos de ser nós a fazer grande parte da abordagem com aquela pessoa." Enf 2</p>	<p>"Mas para alguns [médicos] continua a não ser uma doença... e isso reflete-se em termos de encaminhamento. Há médicos muito mais preocupados , mais sensibilizados a encaminharem o paciente para a consulta de nutrição e outros que não... que nem sequer se preocupam com essa situação." Nut 4</p>

A relação que o indivíduo apresenta com a comida, a motivação para a mudança e o estado emocional do doente surgem como pontos essenciais para prossecução da intervenção dos nutricionistas: ao constatarem a presença de perturbações sugerem ao médico de família o encaminhamento para apoio psicológico, aquando da existência deste serviço nas instituições de saúde. Caso contrário aconselham a pessoa a procurar ajuda externa, reconhecendo, contudo, que a relação terapêutica poderá ficar comprometida, por se tratar de um assunto sensível que requer uma abordagem cuidada.

**Conhecimentos e competências:** Os MCGF, independentemente da idade ou dos anos de experiência profissional, referem não ter recebido formação académica específica sobre a obesidade e mencionam que as suas competências foram sendo adquiridas através da prática e de formações adicionais e/ou leituras que, realizaram voluntariamente. Contudo, referem sentir-se preparados para efetuarem intervenções neste domínio, pois enquadram a obesidade no conjunto de doenças crónicas, como a diabetes ou a hipertensão, para as quais receberam formação adequada. Apenas dois participantes se mostraram disponíveis para procurar esclarecimentos junto de nutricionistas. O grupo dos enfermeiros assemelha-se aos MCGF, contudo, mostra-se fortemente disponível e interessado em colaborar com nutricionistas. Aqueles que já realizaram trabalhos no âmbito da saúde escolar apresentam mais conhecimentos e competências para lidar com a obesidade infantil e nos adultos. Os nutricionistas elogiam a formação académica recebida, que consideram ser adequada e suficiente para lidar com as questões da perda de peso. No entanto, desejam adquirir novos conhecimentos e competências associadas à utilização de estratégias motivacionais.

**Perceção do processo de mudança:** Os MCGF, na sua maioria, não acreditam na capacidade dos obesos em efetuar mudanças positivas no seu estilo de vida. Na sua intervenção persistem até certo ponto, mas os sucessivos fracassos dos obesos levam-nos a sentirem-se frustrados e impotentes e a considerarem a intervenção uma "*perda de tempo*", o que se traduz numa falta de investimento no doente ou, quando possível, no encaminhamento do mesmo para o serviço de nutrição. Contrariamente, os enfermeiros e os nutricionistas, apesar de também se sentirem frustrados com os insucessos dos obesos, acreditam que a *persistência* das suas intervenções conduz a resultados positivos, mesmo que em pequenas proporções. Estes dois grupos concebem a mudança como um *contínium* em que o obeso, que no início do processo se encontra

num pólo negativo e, portanto, está desmotivado e não adere, consegue evoluir favoravelmente no sentido mais positivo, motivando-se e realizando as alterações comportamentais necessárias para a perda de peso e a adoção de um estilo de vida saudável. No entanto, este processo evolutivo é descrito como uma *luta* constante com o doente, na qual é repetidamente necessário negociar expectativas, objetivos e alterações a realizar, por forma a manter ou aumentar a motivação do obeso. Esta percepção também ocorre nos nutricionistas que trabalham no setor privado, contudo, estes mencionam que o nível de motivação e adesão dos obesos é um pouco mais elevado, o que "facilita" as negociações e aumenta as probabilidades de sucesso. Para alguns nutricionistas, os fracassos são percebidos como desafios que os obriga a analisar os erros e a procurar novas estratégias e novas abordagens, acreditando sempre nas suas competências e no sucesso como algo passível de ser alcançado. Salienta-se que, dos nutricionistas entrevistados, quatro (dois no setor privado e dois no setor público) se opõem a esta forma de trabalho, aconselhando o obeso a abandonar a consulta quando observam falta de adesão.

**Papel percebido:** Apesar de todos os profissionais colocarem a responsabilidade do tratamento no obeso "*Eu não posso fazer as mudanças por ele! Ele é que tem que se esforçar por modificar os seus hábitos*", os MCGF tendem a adotar um papel passivo, perspetivando-se como orientadores externos no processo de mudança comportamental, sentindo, portanto, que nada podem fazer perante a não adesão do doente. Os nutricionistas e os enfermeiros tendem a assumir um papel ativo ao acreditarem no sucesso das suas intervenções, percecionando-se como educadores e agentes capazes de potenciar e promover alterações positivas no estilo de vida dos obesos, possuindo um papel decisivo na evolução positiva no *contínuum* da mudança descrito anteriormente.

Esta discrepância de papéis parece contribuir para dificuldades de articulação e comunicação com os médicos de família, os quais, na perspetiva dos nutricionistas e enfermeiros, não estão devidamente sensibilizados para a problemática da obesidade.

Exemplos das diferenças nos discursos dos três grupos de profissionais podem ser encontrados na tabela 4.

Tabela 4 - Diferenças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

	MCGF	Enfermeiros	Nutricionistas
Práticas	<p>"Eu vou avaliando e chamando a atenção à pessoa. Se vir então que ela de consulta para consulta continua a aumentar de peso, então aí penso em enviar para nutrição." MCGF 2</p> <p>"... sempre que há, principalmente complicações cardiovasculares, nós tentamos que esses sejam vistos pela nutricionista para que realmente possam seguir um plano alimentar mais equilibrado... mas normalmente faço eu uma primeira abordagem" MCGF 7</p>	<p>"Eu até uso muito o computador e coloco imagens de artérias obstruídas e recorro muito a flyers e imagens porque acho que resulta muito bem." Enf 8</p> <p>"Uma coisa que nós aqui temos muita atenção é o controlo do peso, no sentido de evitar aumentos. Damos muita importância à prevenção e é por isso que procuramos evitar aumentos e tentar incluir o maior número de elementos da família para que todos possam aprender e manter ou mudar." Enf 11</p>	<p>"Lamento que os doentes que nos cheguem já venham com peso tão elevado... perde-se muito do carácter preventivo que poderíamos ter e assim é mais difícil para nós e para os doentes." Nut 2</p> <p>"Eu uso sempre plano. É o meu instrumento de trabalho, é um guia para a pessoa." Nut 4</p> <p>"Comecei a perceber que nem todas as pessoas que se davam bem com planos. Por isso nem sempre uso. Já os diários esses são obrigatórios!" Nut7</p>
Conhecimentos e competências	<p>"... falava-se, fala-se disso mas ... em termos práticos não existe (...) no meu tempo não havia nada. Porque era assunto que praticamente passava despercebido." MCGF 2</p>	<p>"... para mim é um problemas que se tem que abordar com mais hum... digamos, com mais... de uma forma mais visível para ter um bom resultado depois, não é?" Enf 2</p>	<p>"Nós temos uma formação excelente! Em termos académicos saímos muito bem preparados... mas ainda há muito a fazer..." Nut 3</p>

Tabela 4 - Diferenças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

	MCGF	Enfermeiros	Nutricionistas
	<p>"...eu não tive formação nenhuma nessa área. Portanto, não fazia parte dos nossos currículos na altura em que eu acabei o curso... não fazia parte." MCGF 4</p> <p>"... eu pessoalmente sinto alguma falta dessa formação (...) em termos, por exemplo, académicos, durante a licenciatura... quando eu tirei o curso, era um assunto que era assim abordado um bocadinho por alto, não havia nada específico." MCGF 8</p>	<p>"... é uma área em que infelizmente não há tanta formação como deveria haver.</p> <p>Porque eu pessoalmente sinto alguma falta dessa formação... e sempre que tenho oportunidade e se proporciona gosto muito de tentar..." Enf 3</p> <p>"... nós felizmente aqui podemos contar com a ajuda preciosa da nossa nutricionista e é com ela que vamos aprendendo imenso e tirando algumas dúvidas." Enf 5</p>	<p>"Nós temos uma formação excelente! Em termos académicos saímos muito bem preparados... mas ainda há muito a fazer..." Nut 3</p> <p>"Eu acho que a formação é muito boa... acho é que peca por não abordar áreas fora da nutrição... seria importante aprendermos mais sobre, por exemplo, psicologia e formas de chegarmos aos doentes e de os motivarmos melhor." Nut8</p> <p>"Acho que falta é ensinar muita coisa aos médicos e enfermeiros para que eles tenham mais noção do nosso trabalho, acreditem no que podemos fazer e comecem a fazer encaminhamentos mais preventivos. " Nut 11</p>
Perceção do processo de mudança	"É uma perda de tempo." MCGF 3	"É difícil, mas nós tentamos dali, tentamos dacolá e devagarinho a mensagem começa a entrar e os resultados começam a surgir.	"... parece que estou num ringue, numa luta constante... tenho que negociar constantemente estratégias com aquela

Tabela 4 - Diferenças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

	MCGF	Enfermeiros	Nutricionistas
	"Eles não houvem nada do que dizemos... é claro que há casos de sucesso... mas é raro." MCGF 7	<p>É difícil, leva tempo, mas consegue-se" Enf 2</p> <p>"Temos que ser capazes de motivar o doente (...) mesmo naqueles casos em que a pessoa desvaloriza completamente o seu problema ou nem sequer percebe que se tem uma diabetes ou HTA é porque tem excesso de peso." Enf 10</p>	<p>pessoa até ela conseguir e eu lhe mostrar que de facto é possível". Nut2</p> <p>"... parece que estou num ringue, numa luta constante... tenho que negociar constantemente estratégias com aquela pessoa até ela conseguir e eu lhe mostrar que de facto é possível". Nut2</p> <p>"Há pessoas que vêm contrariadas e que mudam de opinião... A ideia que têm do nutricionista é que ele os vai por a passar fome. As tais crenças. E quando saiem dizem "Ah, afinal não vai ser assim tão difícil" Adequo as estratégias às pessoas e assim as elas até aderem e vão mudando! ... consigo cativá-los e, e, e fidelizá-los ao plano o mais possível." Nut10</p>
Papel percebido	"Honestamente, sinto que não adianta muito, não adianta muito." MCGF 13	"Nós somos educadores, mas acima de tudo um suporte... um apoio para aquela pessoa e por isso temos que insistir.	"...eu estou aqui a tentar, estou aqui a lutar, estou aqui a tentar fazer tudo por tudo e esta senhora ou este senhor..." Nt2

Tabela 4 - Diferenças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

MCGF	Enfermeiros	Nutricionistas
"Não posso fazer nada por eles se tento e tento e eles não mudam" MCGF 11	Explicar a importância... levá-la a modificar o seu estilo de vida." Enf 4	"... mas eu acho que quem é o ator principal é o utente. Ele tem que perceber que nós estamos aqui para ajudar e apoiar, ensinar. Nós somos o despoletador da corrida, somos quem começa... mas a luta é dos dois mas mais dele que nossa." Nut 5
"O nosso papel é motivar e ajudar a pessoa a efetuar as mudanças [...] mas sinceramente, eu não acredito... é muito frustrante." MCGF 7	"É claro que a mudança depende dela [da pessoa obesa] mas em certa medida também depende de nós e do nosso investimento". Enf 5	
"Eu não faço milagres, não sou eu que vou fazer as mudanças por por ele." MCGF 10		"Eu sou uma gestora do tempo das pessoas. Tento mediar, chegar a consensos para facilitar a adesão e ver a pessoa a obter resultados." Nut 11

## Discussão

O nosso estudo, apesar de apresentar constrangimentos quanto à generalização dos resultados por se tratar de uma investigação qualitativa, inova por explorar e comparar as crenças, atitudes e práticas de três grupos diferentes de PS diretamente implicados no tratamento da obesidade, nomeadamente, MCGF, enfermeiros e nutricionistas, em contexto dos cuidados de saúde primários, tendo-se verificado a existência de semelhanças e diferenças nos discursos dos três grupos de participantes.

À semelhança do que se verifica em outros estudos, também os MCGF, enfermeiros e nutricionistas portugueses não só consideram a obesidade um grave problema de saúde pública, como também apresentam crenças e atitudes negativas face à obesidade e aos obesos, salientando-se o pessimismo manifestado quanto à falta de adesão dos obesos, à sua desmotivação para efetuarem mudanças no estilo de vida e, por sua vez, à incapacidade destes doentes em perder peso<sup>9-11</sup>. Tal como é referido por alguns autores, denota-se um discurso de responsabilização dos obesos, o qual parece advir das crenças manifestadas quanto às causas da obesidade. Ou seja, ao atribuírem aos obesos a responsabilidade pelo desenvolvimento da sua condição, consideram, de igual modo, que cabe a estes a solução do problema e a realização de mudanças do estilo de vida para a perda de peso, destacando a necessidade destes doentes assumirem um papel ativo no tratamento da sua obesidade<sup>12,16,20</sup>. No entanto, apesar da semelhança de crenças e atitudes entre os três grupos de profissionais face aos obesos, verificam-se diferenças na forma como estas influenciam as práticas destes técnicos e a forma como percecionam o seu papel no tratamento desta doença.

Alguns autores têm procurado explicar o comportamento dos PS tendo por base as dimensões de alguns dos modelos de saúde, como por exemplo o Modelo de Crenças de Saúde de Beker e Rosenstock ou a Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen<sup>15,21</sup>. No que diz respeito aos MCGF, a atribuição da responsabilidade em termos de causas e resolução do problema aos obesos e a crença na incapacidade destes doentes modificarem o seu comportamento, conduz à perceção de ausência de controlo, o que associado às crenças e atitudes negativas face aos obesos e à perceção de baixa eficácia, reforçada pela ausência de sucesso, fazem com que estes profissionais demonstrem relutância em abordar a questão da obesidade e em investir esforços no tratamento da mesma.



No entanto, os MCGF parecem enfrentar um dilema ético: se por um lado, os fracassos repetidos e a falta de adesão dos obesos contribuem para o desenvolvimento de baixas expectativas de sucesso e de eficácia e de sentimentos de frustração e de impotência, que conduzem a uma vontade de desistir, pelo outro, a percepção da intervenção na obesidade como parte integrante das suas funções, compelo-os a atuar, mesmo que seja "*uma perda de tempo*". À semelhança dos resultados do estudo de Sonntag et al.<sup>12</sup> em que os MCGF adotam um papel passivo na abordagem da obesidade, percepcionando-se como meros orientadores no apoio à perda de peso, também os participantes do nosso estudo tendem a adotar a mesma postura quanto ao seu papel na gestão e tratamento da obesidade. Nomeadamente, a *resignação* surge como uma forma de resolução deste conflito, na qual estes profissionais fornecem informações gerais e vagas acerca da perda de peso - que se revelam muitas vezes ineficazes<sup>10</sup> - mas não investem os devidos esforços para incentivarem os doentes a efeturarem mudanças no seu estilo de vida. Outras explicações podem também contribuir para a compreensão do discurso e resignação dos médicos de família. O aumento do número de obesos, a percepção da ausência de manutenção a longo prazo do peso perdido e a ausência de conhecimentos e competências adequadas para lidar com a problemática da obesidade, parecem contribuir para a percepção da intervenção como algo difícil de realizar e parece reforçar as atitudes negativas destes profissionais. Note-se que estudos indicam que quanto maiores forem os conhecimentos, maiores são as crenças no sucesso das intervenções, assim como se verificam atitudes mais positivas face aos obesos<sup>12,22,23</sup>. De igual modo, a formação destes profissionais, caracterizada pelo predomínio do modelo biomédico, não se coaduna com a intervenção em doenças de cariz comportamental, como é o caso da obesidade, e contribui para a adoção de uma prática mais curativa do que preventiva<sup>22,24,25</sup>. O focus na obesidade, principalmente aquando do desenvolvimento de morbilidades, pode dever-se à maior preparação e experiência no domínio da cura e percepção de poucas competências quanto à prevenção<sup>21,26</sup>. Estes fatores traduzem-se numa perda de oportunidades de intervenção particularmente preocupante perante a existência de estudos que demonstram que os obesos tendem a valorizar mais e a sentirem-se mais motivados para alterar os seus hábitos quando aconselhados pelo seu médico de família do que por outro profissional de saúde<sup>27,28</sup>.

Relativamente aos enfermeiros e nutricionistas, apesar de também descreverem negativamente os obesos, de colocarem a ênfase do tratamento nestes doentes e de considerarem a sua falta de motivação e adesão como umas das principais barreiras à

intervenção nesta problemática, persistem e manifestam crenças positivas quanto ao alcance de resultados sucedidos, o que se traduz na adoção de um papel ativo e de compromisso no apoio à modificação comportamental. Utilizando também nestes profissionais os modelos de saúde, parece-nos que uma das diferenças entre estes dois grupos de profissionais e os médicos de família reside na perceção de eficácia: à semelhança de resultados de outros estudos, os enfermeiros e nutricionistas entrevistados consideram-se competentes e eficazes quanto ao tratamento da obesidade, o que contribui para crenças e expectativas de resultados mais positivas, as quais são reforçadas por um maior número de experiência de sucessos, principalmente no caso dos nutricionistas. Possuir mais conhecimentos na área da alimentação, como no caso dos enfermeiros ligados à saúde escolar ou dos nutricionistas que se consideram líderes neste domínio, ter mais tempo na consulta para abordar a questão da obesidade, assim como a adoção de uma abordagem centrada no paciente, com avaliação do contexto biopsicossocial do doente e envolvimento da família no tratamento, poderão também explicar as diferenças encontradas entre estes dois grupos e os médicos de família<sup>9,15</sup>.

No entanto, verificam-se incongruências no discurso dos enfermeiros e nutricionistas, o que corrobora as ambivalências encontradas na literatura. Nomeadamente, apesar destes técnicos se sentirem competentes e eficazes, de adotarem um papel ativo e de acreditarem no sucesso das suas intervenções, manifestam crenças e expectativas negativas quanto aos resultados obtidos e à capacidade dos obesos serem bem sucedidos. Esta discrepância parece advir do facto de estes profissionais atribuírem os fracassos ao comportamento dos obesos e não às suas características pessoais ou competências profissionais, e de se sentirem impotentes face à incapacidade destes doentes assumirem o papel ativo que lhes é exigido para o alcance do sucesso desejado<sup>15,16,26</sup>. Este último fator parece igualmente explicar os sentimentos de frustração mencionados por estes dois grupos, sendo que alguns autores acrescentam também a existência de expectativas de resultados demasiado elevadas perante os esforços e investimentos desenvolvidos<sup>16</sup>. No caso dos nutricionistas, esta discrepância resulta numa perceção do tratamento da obesidade como uma *luta* constante. Corroborando os dados de Chapman et al.<sup>29</sup>, estes técnicos negociam objetivos e estratégias com os obesos de modo a estar de acordo com as suas expectativas e crenças, procurando promover a adesão e motivação destes doentes. Esta perceção do tratamento como uma luta parece ser exacerbada pela falta de conhecimentos adequados em termos de estratégias motivacionais, bem como pela ausência de psicólogos nas instituições de

saúde que pudessem colaborar não só neste domínio, como também na gestão de perturbações alimentares, de humor e de ansiedade<sup>29</sup>. De igual modo, os encaminhamentos realizados pelos médicos de família parecem aumentar o desafio e as tarefas dos nutricionistas. Estudos indicam que estes tendem a ser feitos de forma aleatória e subjetiva por parte dos MCGF ou perante índices de massa corporal já muito elevados, a existência de morbilidades associadas ou tentativas de perda de peso repetidamente fracassadas. No entanto, a ausência de técnicos desta especialidade nas instituições de saúde e as longas listas de espera, parecem explicar o comportamento dos MCGF<sup>26,30</sup>.

A necessidade de entrevistar nutricionistas no setor privado derivou da procura de diferenças na perceção do processo de intervenção e das funções deste profissional no tratamento da obesidade, uma vez que as características do contexto de trabalho, os recursos disponíveis e a forma de acesso aos doentes são diferentes. Além do mais, para os doentes com mais recursos económicos, este serviço surge como uma alternativa às listas de espera no setor público. No entanto, não se verificaram diferenças nestas dimensões. Salienta-se apenas a maior disponibilidade quanto à frequência e tempo dispensado para as consultas, e a descrição um pouco mais positiva da motivação dos obesos. Carecem contudo estudos que permitam perceber se estes fatores se traduzem em resultados mais eficazes e que motivos o poderão explicar, uma vez que a perceção dos nutricionistas entrevistados não é unânime e os dados na literatura são igualmente controversos<sup>29,31</sup>.

No que diz respeito aos enfermeiros e à relação com os MCGF, a sua *persistência*, as crenças de sucesso, a perceção de eficácia e a abordagem de cariz preventivo parecem contribuir para as dificuldades de comunicação e perceção de falta de sensibilidade dos médicos de família. À semelhança dos nossos dados, há estudos que demonstram que os enfermeiros sentem-se mais à vontade para introduzir o tema do excesso de peso do que os MCGF, embora ambos os grupos de profissionais considerem ser um assunto sensível, que pode ferir a suscetibilidade dos doentes e comprometer a relação terapêutica<sup>21</sup>. Estes obstáculos contribuem para uma quebra de confiança destes doentes nos membros da equipa assistente, diminuindo as suas probabilidades de procura de ajuda ou de adesão, diminuindo assim as hipóteses de intervenção junto deste grupo<sup>7,32,33</sup>.

Os dados obtidos com o presente estudo retratam as experiências e vivências de três grupos de profissionais de saúde, as quais refletem a complexidade de uma doença

que necessita de uma solução igualmente complexa. Por se tratar de um estudo qualitativo realizado na zona norte do país, a generalização dos dados fica comprometida. Todavia, o facto de se ter alcançado a saturação teórica dos dados contribui para a consistência dos resultados alcançados. No entanto, há tipicidades do contexto português que sugerem a necessidade de uma exploração mais aprofundada. Compreender a perceção e expectativas dos obesos face ao seu médico assistente e restante equipa aquando da procura de ajuda, e qual a satisfação alcançada com a mesma e a comparação com os resultados deste estudo, poderá revelar necessidades de intervenção e ajudar os PS a compreenderem melhor os seus doentes, bem como as suas expectativas face ao atendimento prestado. De igual modo, seria relevante perceber se fatores como o género do PS, a idade, os anos de experiência profissional, bem como o seu peso e imagem corporal influenciam o investimento e a intervenção no tratamento da obesidade e a adesão destes doentes.

Os cuidados de saúde primários constituem-se como a primeira porta de acesso para um tratamento eficaz da obesidade. No entanto, a investigação neste contexto reflete uma situação preocupante na qual a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade não parecem estar a ocorrer de forma adequada, com os profissionais de saúde a identificarem um conjunto de barreiras que não só contribuem para a manutenção dos casos de obesidade como também reforçam crenças, atitudes e práticas negativas face aos doentes obesos. Para uma maior eficácia no tratamento deste flagelo torna-se peremptório o aumento de formação e de treino dos PS neste domínio, alertando-os para o impacto que as suas crenças poderão exercer nas suas prática, a implementação de uma abordagem multidisciplinar nos cuidados de saúde primários que promova a troca de conhecimentos entre PS e a melhoria da comunicação entre os mesmos, e um aumento dos incentivos e uma maior sensibilização dos dirigentes de saúde no sentido de priorizar a obesidade nas iniciativas e medidas a serem desenvolvidas futuramente.

## **Referências**

1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Obesity and overweight. 2013. Retirado a 2 de Novembro de 2013 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

2. Sardinha LB, Santos D a, Silva AM, et al. Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. *PLoS One*. 2012;7(10):e47883.
3. Do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes. Rev*. 2008;9(1):11–9.
4. Trindade I, Teixeira C. O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*. 1998;2(16):217–229.
5. Maryon-Davis A. Weight management in primary care: how can it be made more effective? *Proc. Nutr. Soc*. 2005;64(1):97–103.
6. Miguel LS, Sá AB. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016 : reforçar , expandir. *Plano Nac. Saúde 2012-2016*. 2010.
7. Ogden J. *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. Oxford: Blackwell; 2011.
8. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int. J. Obes*. 2005;29(9):1100–6.
9. Campbell K, Crawford D. Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord*. 2000;24(6):701–10.
10. Brown I, Stride C, Psarou A, Brewins L, Thompson J. Management of obesity in primary care: nurses’ practices, beliefs and attitudes. *J. Adv. Nurs*. 2007;59(4):329–41.
11. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ÂRPDC. Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2012;58(2):254–62.
12. Sonntag U, Brink A, Renneberg B, Braun V, Heintze C. GPs’ attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity--a qualitative study. *Eur. J. Gen. Pract*. 2012;18(1):9–14.
13. Epling JW, Morley CP, Ploutz-Snyder R. Family physician attitudes in managing obesity: a cross-sectional survey study. *BMC Res. Notes*. 2011;4:473.
14. Barr SI, Yarker K V, Levy-Milne R, Chapman GE. Canadian dietitians’ views and practices regarding obesity and weight management. *J. Hum. Nutr. Diet*. 2004;17(6):503–12.
15. Hoppé R, Ogden J. Practice nurses’ beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord*. 1997;21(2):141–6.

16. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change : Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand. J. Prim. Health Care*. 2007;(25):244–249.
17. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl. Nurs. Res*. 2011;24(3):127–37.
18. Boyatzis RE. *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
19. Virginia B, Victoria C. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol*. 2006;3:77–101.
20. Ogden J, Bandara I, Cohen H, et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ. Couns*. 2001;44(3):227–33.
21. Michie S. Talking to primary care patients about weight : A study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychol. Health Med*. 2013;12(5):37–41.
22. Visser F, Hiddink G, Koelen M, van Binsbergen J, Tobi H, van Woerkum C. Longitudinal changes in GPs' task perceptions, self-efficacy, barriers and practices of nutrition education and treatment of overweight. *Fam. Pract*. 2008;25 Suppl 1:i105–11.
23. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obes. Res*. 2000;8(6):459–66.
24. Foster GD, Wadden T a, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes. Res*. 2003;11(10):1168–77.
25. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in france. *Obes Res*. 2005;13(4):787–795.
26. Mercer SW, Tessier S. A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bull*. 2001;59(4):248–53.
27. Galuska D a. Are Health Care Professionals Advising Obese Patients to Lose Weight? *Jama*. 1999;282(16):1576–1578.
28. Tan D, Zwar NA, Dennis SM, Vagholkar S. Weight management in general practice: what do patients want? *Med. J. Aust*. 2006;185(2):73–5.
29. Chapman GE, Sellaeg K, Levy-milne R, et al. Canadian Dietitians ' Approaches to Counseling Adult Clients Seeking Weight-Management Advice. *J. Am. Diet. Assoc*. 2005;(105):1275–1279.

30. Nicholas LG, Pond CD, Roberts DCK. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am. J. Clin. Nutr.* 2003;77(4 Suppl):1039S–1042S.
31. Cowburn G, Summerbell C. A survey of dietetic practice in obesity management. *J. Hum. Nutr. Diet.* 1998;11:191–195.
32. Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice: a focus group study on patient experiences. *Scand. J. Prim. Health Care.* 2010;28(4):205–10.
33. Brown I, Thompson J. Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *J. Adv. Nurs.* 2007;60(5):535–43.

## **CAPÍTULO IV**

### **Different setting, different approaches: a qualitative comparison of Portuguese dietitians' beliefs, attitudes and practices about obesity in public and private setting**

Teixeira, F., Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, A. (submetido). Different setting, different approaches: a qualitative comparison of Portuguese dietitians' beliefs, attitudes and practices about obesity in public and private setting. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*.



**Different setting, different approaches: a qualitative comparison of  
Portuguese dietitians' beliefs, attitudes and practices about obesity  
in public and private setting<sup>1</sup>**

**Abstract**

Background: Dietitians are at the forefront of providing nutrition management. With obesity being a major public health epidemic, they are charged with the difficult task to assist clients in modifying their behaviors. However, there are currently no data on dietitian' beliefs, attitudes and practices concerning obesity in Portugal. A gap was also identified concerning differences in public and private practice. This study aims to address those gaps.

Methods: Seventeen semi-structured interviews were conducted with Portuguese registered dietitians. From those, ten worked in public primary care setting and seven private setting. Data was analyzed according to thematic analysis procedures.

Results: Regardless work context, *persistence* emerged as the main characteristic of dietitians action. Besides holding negative attitudes towards obese patients, their practices aren't negatively influenced. They perceived themselves as active agents in promoting lifestyle changes, offering as many management strategies as possible to empower patients, feeling positive about the accomplishment of a successful weight loss, believing in their own efficacy and competency in helping patients. However, differences in reimbursement, work environment, perceived barriers, patients characteristics and availability of resources seems to contribute to differences in persistence according to the setting dietitians are working, existing an increase of efforts and engagement in private practice and a decrease in public primary care practice.

Conclusion: Portuguese dietitians present adequate practices however education in behavior change strategies should be improved. Public health system requires reorganization to enhance effective obesity management delivery. Motivation driving dietitians work in private setting should be address in further research.

**Keywords:** dietitians, obesity, public primary care, private practice

---

<sup>1</sup> A organização do artigo segue as orientações da revista em que foi submetido (estilo Vancouver).

## Introduction

More than half of Portuguese adults are overweight, creating a significant public health crisis due to the increased risks to physical and psychological health. According to the latest statistics, in 2012, 40% of Portuguese adult population was overweight and 15% was obese(1), which represents significant economic costs (about 3.5% of total health care expenditures per year (2)) and a great loss of quality of life as well as earlier mortality. The prevention and management of this epidemic is widely acknowledged as a priority area in public health action, leading to calls for an increased active role of all healthcare professionals, especially those working in primary care setting since they have been considered the first port of call for help for many obese individuals (3–5).

Dietitians are at the forefront of providing nutrition management. As reported in previous studies, weight management forms a substantial component of a dietitian's workload, being the problem they most often encounter in their clinical practice. They rank themselves as the most prepared, trained and effective providers of weight management advice, saw this area as an important part of their job and are willing to engage lifestyle interventions (4–6). However, as happens among other healthcare professionals, their practices don't seem to be immune to prejudicial attitudes and stereotypes towards obese people. Although the widespread literature, there is no consensus regarding dietitians attitudes about obesity and obese patients, with several studies reporting positive (7,8), neutral (8,9) and negative attitudes (4,10), not only among registered dietitian but also among trainee students (11–13). Still, besides the extensive nutrition counseling literature, little is known about the way those attitudes influence dietitians practices, existing a gap in terms of qualitative research exploring these topic in depth (14). In Portugal, nothing is known about dietitian' beliefs, attitudes, role perception and practices regarding obesity treatment and, at the present, there are no national obesity practice guidelines developed for use by dietitian or other health professionals. So, this is the first study to access the beliefs, attitudes and practices of Portuguese dietitians using a qualitative approach to systematically access and understand how they perceived this epidemic and these patients, how they perceived their role in the management of this disease and what they are doing about it.

In addition, there's seem to exist currently a lack of literature comparing practices in public primary care setting and private setting that should be addressed in order to understand what are the main differences among these settings, what is behind

them and what implications they bring to intervention and weight loss outcomes. Many research including participants from both settings rarely explore differences between them (5,15,16). However, the few studies accessing practices in private setting reveal more positive outcomes and perceptions and differences in dietitian' approaches and practices (17–20). In Portugal, most dietitians perform private self-funded practice and clients usually have to entirely pay the price of the consultation since this service is not usually covered by health insurances. On the contrary, nutrition consultations in public primary care services are entirely free since they are delivered through government-funded public institutions, but access to this service is difficult due to the lack of human resources and is determined by general practitioners' referrals. These contrasts emphasize the need to investigate differences among these settings.

This paper endeavors to fill some of the described gaps by 1) exploring the Portuguese dietitians beliefs and attitudes about obesity and its implications for practice and 2) exploring possible differences in dietitians beliefs and practices between public primary care setting and private setting.

## **Methods**

### **Approach**

In order to address the gaps in current literature relating to the lack of qualitative studies about the perceptions of healthcare professionals concerning obesity(14), we undertook a *thematic analysis*, according to the guidelines developed by Braun & Clarke (21). This qualitative method, used for "identifying, analyzing and reporting patterns (themes) within data" (21), provided a deeper understanding of dietitians' views and meanings regarding obesity management by going beyond the data achieved through quantitative surveys.

The study was approved by the Health Committee of Ethics Health of the North of Portugal and by the University of Porto Research Committee of Ethics.

### **Participants and data collection**

We purposively sampled dietitians working within urban and rural public primary healthcare institutions and private health clinics with nutrition consultation service, both in the north of Portugal. For the purpose of the study, a private practice

dietitian refers to a dietitian who is employed in the private sector or self-employed to provide dietetic services outside the public health system. Dietitians were invited to participate by telephone and/or after the approval of the heads of the healthcare institutions. After the first contacts, a snowball sampling was also taken to get access to other institutions and professionals. To be included in the sample dietitians must be registered, have had a degree in nutrition, work in public primary healthcare setting and/or private health clinics and have, at least, two years of experience.

Semi-structured face-to-face interviews of 55-90 minutes were conducted between January 2012 and October 2013. All interviews were conducted by the first author at dietitians' workplace and at a time convenient to participant. Handwritten notes were made at the end of each interview to record emergent thoughts and ideas. Written consent to participate in the study and to audio-record the interview was obtained. After a review of the literature, the research team developed a provisional interview guide schedule with eight open questions concerning general knowledge about obesity, feelings towards obese patients and practices approaches. Adaptations and questions were added to the script according to the interview setting, as shown in Box 1. Probing questions were also used to clarify information and gain additional data. Data collection and analysis were conducted concurrently. We employed an iterative approach, using data from earlier interviews to inform later questioning and to refine the interview schedule. Recruitment of participants discontinued on saturation, i.e. when no new insights were arising from the data. Participants also completed a short survey in the end of each interview eliciting demographic data.

## **Data Analysis**

The qualitative software QSR-NVivo 10 was used to manage, code and analyze the data. All interviews were transcribed verbatim and a nominated code was given to each participant to preserve confidentiality and anonymity. We conducted an inductive thematic analysis (21), whereby significant topics, recurring terms, statements or ideas, interesting features or patterns were highlighted. A constant comparative method was adopted throughout. The first four interviews were open-coded by the first author to develop an initial coding frame which was discussed afterwards with the others members of the research team. An iterative approach was taken in which the coding frame developed was used as a guide to systematically code and review the other interview transcripts. In line with the constant comparative approach, as analysis of

transcripts progressed, the coding frame was revised in response to new data until the most commonly cited concepts were identified, and a logical, coherent, clear and consistent pattern emerged. Reflexive diaries were written during this process. Thematic maps (tree maps) were modeled to visually represent the relationships between key themes and subthemes and consequently interpreted to comprise the findings. Themes saturation was achieved by the fourteenth interview. Frequent meetings and discussions between the authors ensured thorough coding and agreement in the development of framework themes and subthemes.

Box 1 - Interview schedule

General questions (both settings)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• What do you think about obesity and how do you describe this phenomenon?</li> <li>• How do you describe your experience with obese people?</li> <li>• How do you describe obese patients?</li> <li>• How do you feel about managing these patients?</li> <li>• How do you approach weight problems with your patients?</li> <li>• What do you think the patient expect from you?</li> <li>• What is your opinion about obesity treatments?</li> <li>• What is your opinion about the Portuguese training education in relation to obesity?</li> </ul>
General primary care setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In your opinion, how the practice in primary care differ from the private practice? What do you think about those differences?</li> <li>• How do you describe the relationship with your co-workers?</li> <li>• What is your opinion about the referrals made by family doctors?</li> </ul>
Private setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• How clients have access to the consultation?</li> <li>• In your opinion, how the private practice differ from the practice in primary care? What do you think about those differences?</li> <li>• How do you describe the relationship with your co-workers?</li> </ul>

## Results

From the 17 dietitians interviewed, 10 worked in public primary care and 7 in private setting. The participants characteristics are described in Box 2. *Persistence*, which tree map is presented in figure 1, emerged as one of the main theme regardless setting. However, this persistence seems to occur in different ways according to the

setting the dietitians are working, existing an increase of efforts and investment in private setting and a decrease in public setting. Therefore, we divided the findings in similarities and differences, where, following a bottom-up approach, we describe the chain of subthemes related to *persistence* and summarize the contradictions emerged from both work contexts.

Box 2 - Participants characteristics

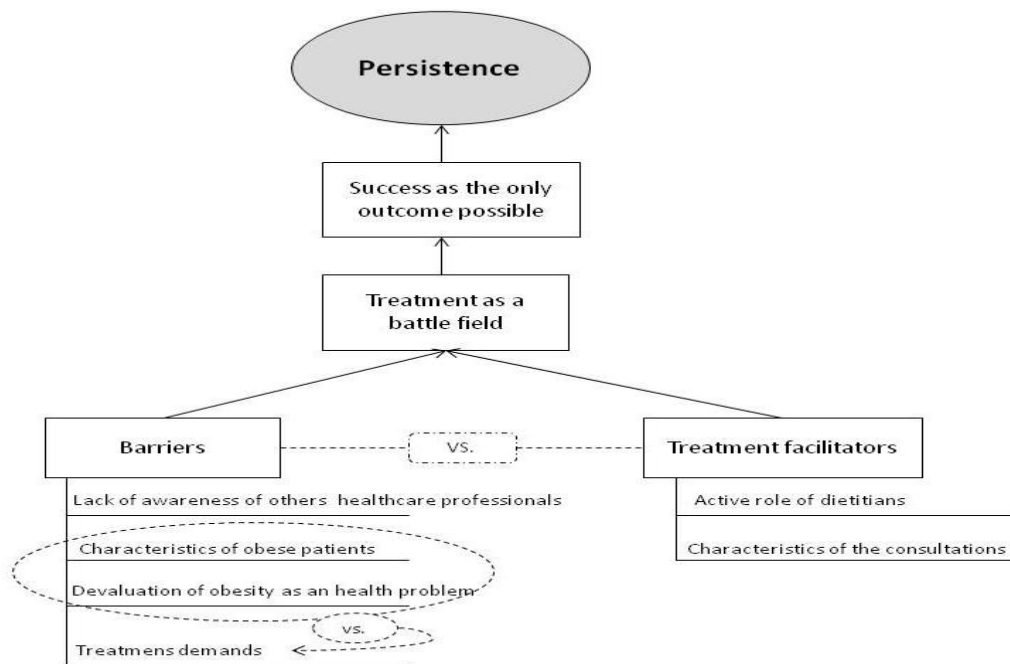
	Primary care setting	Private setting	Total
Sex			
Male	1	1	2
Female	9	6	15
Total	10	7	17
Age: mean ( <i>SD</i> )	38.8 (10.23)	27.86 (2.79)	34.29 (9.62)
Minimum	24	24	-
Maximum	57	32	-
Years of experience: mean ( <i>SD</i> )	14.3 (8.38)	3.86 (1.46)	10 (8.27)
Minimum	2	2	-
Maximum	30	6	-
Body Mass Index: mean ( <i>SD</i> )	23.29 (2.95)	21.32 (1.02)	22.59 (2.55)
Minimum	20.20	20.70	-
Maximum	26.99	22.86	-

### Similarities between public primary care setting and private setting

#### *Barriers:*

*Characteristics of obese patients.* Although making an effort to avoid stigmatization, dietitians describe obese patients mainly as unmotivated and noncompliant, presenting a passive coping, holding unrealistic weight loss expectations and misconceptions about food, perceiving lifestyle changes as a sacrifice and being, therefore, unwilling to make time to diet or exercise. They use to present an external locus of control, wanting dietitians to take responsibility over the treatment, as well as a set of psychological problems such as anxiety, depression and lacking self-control, using food as a coping strategy to deal with emotional impairment.

Figure 1 - Tree map of Persistence



*Devaluation of obesity:* Dietitians believe the lack of compliance and passivity of these patients occur because obese people do not perceive obesity as a health problem. Although all the education and information, they don't recognize the nature, consequences and severity of the problem, tend to deny their condition or perceive it as an unchangeable trace of their personality and therefore, don't understand the need to change or, when they do, they are not enough committed or motivated to do it. In dietitians opinion, this explains why so many obese individuals miss the first consultation, feel sometimes offended for being referred or are very skeptical about this treatment option.

*" Some obese patients ask for help to lose weight "Because I'm fat" but being fat, for the majority of them, is not a health problem, it's just a body image concern (...)they perceive the term "obesity or obese" as an insult or an expression with a negative connotation (...) most of them haven't the sliest idea about what we do, don't understand why they were referred to this service and the majority mentions in the first consultation, they are there only because their physician has sent them."*

RD2

*Treatment demands:* The previous characteristics are opposed to what dietitians report as being essential to a successful treatment. They emphasize the active role of patients in achieving the necessary lifestyle changes to lose weight, as well as motivation, willing to change, commitment, discipline and sacrifice.

*Lack of awareness of other healthcare professionals:* Dietitians believe that general practitioners (GPs), are not truly aware and well prepared to deal with the obesity pandemic, especially in primary care. According to dietitians, GPs are more worried with other diseases such as diabetes or hypertension than obesity, devaluating progressive weight gain and missing preventive opportunities by doing referrals mostly when patients are already obese rather than overweight. Therefore, positive outcomes are more difficult to achieve, which, in participants opinion, creates in GPs a perception that nutrition counseling is important but not effective, contributing also to communication problems between these professionals.

*"Of course they [GPs] think we are not effective! But they have reasons to think that! What they are not understanding is that they are the ones reinforcing that belief! They follow a patient every three months and in each consultation the patient has been gained three to four KGs. They don't ask for our advice, they just give them standard advices to exercise or to control food intake, but they don't do the referral. They wait to the next consultation and meanwhile, that overweight evolves to an obesity case. They are not giving us opportunity to engage a nutrition preventive approach by referring patients that are already obese. Of course the weight loss will take more time, the results won't be visible in a short period of time - as they are used to achieve with medication - so, of course, they perceive us as ineffective!" RD3*

*Treatment facilitators:*

Contrarily to the described barriers, two different factors seem to facilitate dietitians work. On the one hand, dietitians perceive themselves as playing an active role in obesity treatment: although placing the treatment responsibility on patients hands, they believe they are the gatekeepers of change, being responsible for educate and motivate patients, feeling confident about their performance and perceiving themselves as the best-trained professionals to give nutrition advice. On the other hand, the consultation characteristics such as some flexibility of time of the encounter, the type of assessment and the strategies used, the opportunity given to patients talk about their difficulties, ...



seems to create a positive environment favoring change and strengthen the dietitian-patient relationship.

*"It is essential to establish a good relationship with the patients. They need to feel they can trust me, that they can freely talk about their difficulties without being judge. Rather than having the perfect dietary plan, being able to communicate, express comprehension and empathy is the first step to achieve positive outcomes."*

RD4

#### *Treatment as a battle field:*

Due to the conflict between the obstacles vs. the facilitators of a successful treatment, dietitians feel continuously struggling with obese excuses for their non-compliant behavior and resistance to change, frequently demystifying obese misconceptions about food and constantly developing and adapting strategies to motivate these patients. *Negotiation* emerges as a resolution of this fight but it is described as something involving lot of effort, investment and committeemen leading to the perception of the treatment as a difficult thing to do.

*"...it is really demanding. They are always presenting excuses, they don't comply and even though they continue to attend the consultations. I feel I spend almost all my time giving them alternatives... a restricted dietary plan, a flexible one, two portions of rice instead of one, sweetener instead of sugar and they are still capable of presenting obstacles. Negotiate, negotiate, negotiate! That's what we do. We almost have to bet or make deals with the patients to motivate them."* RD10

#### *Success as the only outcome possible:*

This belief seems to drive dietitians action and role in obesity treatment. They not only trust in their own capacity in promoting the necessary behavioral changes but they also believe that every patient is capable of achieving success in weight loss, trying, therefore, to empower the patients. Patients resistant to change, are perceived as a challenge, requiring more effort, investment and creativity to adapt strategies, leading therefore, to feelings of frustration when, even after all the efforts, they drop out. However, these cases are perceived as opportunities for professional development rather than failures.

*"I try not to give many attention to it, but of course I think "What have I done wrong? Where did I failed? What can I do better in a next case? I review the strategies, my involvement and engagement, sometimes I do some research... The*

*most important thing is learn from it, not take it personally and keep your motivation to always do your best."* RD5

#### *Persistence:*

In previous subthemes, a persistent behavior and perspective emerged throughout dietitians' speeches, reflecting their perception as active agents in helping obese patients losing weight. This persistence is considered to be one of the main characteristic of dietitians work and, because it usually conduct to repeated experiences of success that reinforce this persistence, it also leads to feelings of professional reward and satisfaction and increases dietitians perception of self-efficacy. Because they are driven by this *need to persist*, they see themselves forced to adjust the standard treatment when it isn't working, engaging a more individualized approach, valuing small behavioral changes instead of focusing only in the amount of weight lost and adapting strategies and approaches that best fit to patients characteristics, increasing the chances of patients adherence and achieving success.

*"Adherence doesn't is not only a patient responsibility. We also have an important role in getting them motivated to comply and change. Education a big part of our job but is not enough. We have to continuously motivate the patients, making them believe they can get it, that they will be succeed and always giving them motivational strategies to enhance long-term lifestyle changes even when you are tired of trying and the changes are very poor. It's a constant battle but we need to do and use everything and every possible strategy to keep the patient in the right path."* RD17

### **Differences between public primary care and private setting**

#### *Public primary care setting:*

Dietitians working in this setting describe more intervention barriers and a range of stressful factors that seem to decrease persistence and professional satisfaction. Dietitians feel pressure to achieve positive outcomes in a short period of time as a prove as their effectiveness which derives from two different aspects: on the one hand, in terms of evaluation of work performance, they demonstrate they are doing their job which, at the same time, force dietitians to prioritize the weight loss approach; on the other hand, it is a way of meet the expectations of the referring GP, who also seems to hold unrealistic weight loss expectations.

*"I don't know what they are thinking about when they send me a patient that as to lose 20kgs in three months to get an orthopedic surgery! It is as if they don't know that a sustainable healthy weight loss takes time! It not the same thing as taking a pill and in a few days you start to see results. But this is what they are use to and it is want they want from us" RD6*

Dietitians feel frustrated with the referrals done since usually patients, who need to lose weight because of comorbidities, present severe BMI, very poor motivation, compliance and insight about their condition or/and psychological problems that should be treat in the first place.

*"They see nutrition counseling as the last resource. I feel they only referrer the patient when they are tired and seek of patients lack of adherence They try to counsel on their own in the first place but the patient continue to gain weight and when they come to us he is already a very complicated case of obesity ". RD10*

The majority of patients also have low education and a low socioeconomic *status* which requires more investment to deconstruct the belief that "healthy food is too expensive" and to adapt the strategies according to each patient budget. In some cases, dietitians consider that patients devaluate the consultation because it is free of taxes, which increases the feelings of frustration since dietitians don't see their efforts recognized and feel that their waiting list is being poorly managed.

*"I sometimes think I gave an opportunity and waste time and effort with someone that wasn't caring or prepared to change instead of wasting my time with someone that could actually be motivated and willing to change and would benefit from my help" RD13*

In fact, the long waiting lists, resulting from a lack of human resources in this setting, appears as a big concern for these professionals. They would like to schedule more frequent and long sessions (more than the average 30/40 minutes to a first session and 20 minutes for a follow-up session) but time constrains are not letting them do it.

*"... right now I have patients waiting, at least, for six to nine months to get a first session (...) I really would like to see the patient again, two weeks after the first session or, at least, one time per month but it's impossible! I do that in the beginning of the counseling but after noticing some changes I give him a dietary plan and star to follow him every two or three months... some patients continue to comply, others don't... some just drop out or look for help in private setting. (...) I decided to do a kind of group interventions, with the help of our psychologist, to*

*decrease my waiting list and it help me a lot in terms of assessment and follow up. However, the list remains too long and due to time constrains I have to abandon these sessions and started to plan and monitor the sessions and the cases in advance with the psychologist, who continue the intervention, in order to individually follow other obese patient". RD6*

Although considering these barriers as continuous challenges in their workplaces, dietitians refer feeling sometimes frustrated, professionally unrewarded, disappointed and less committed.

#### *Private setting:*

This setting is characterized mainly by stories of success, inexistence of structural barriers, strong engagement and persistence and client and professional satisfaction. The workplace conditions are mainly good, without clearly work performance evaluations, leading to a flexible, client-centered small changes approach. The waiting lists are short which eliminate time pressures and create more opportunities for weekly or monthly follow-up sessions with an average length of 45-60 minutes. Referrals are rare but professionals tend to collaborate with each other, clarifying doubts or asking for advice. The majority of clients are moderately obese and deeply unsatisfied with their body image. They come from a high/medium socioeconomic level and are more proactive by looking for help for themselves, reflecting bigger awareness of their excess weight. However, that doesn't mean they are ready or willing to change. In dietitians opinion, because these clients are mainly motivated by body image issues, rather than health, they tend to present even more unrealistic weight loss expectations, looking for "the miracle" and, sometimes, demanding treatment options such as weight loss pills or other options that usually don't include lifestyle changes. Because they are self-paying the consultation, they want to see their weight loss expectations meet, creating an urgency for positive outcomes that needs to be negotiated.

*"Paying means "I demand to see results". They want to feel they are receiving value for money.*

*If they are not satisfied, they simply drop out and look for nutrition advice in other private clinic. That's why it is important to access client expectations in the beginning of the counseling and make them understand that their beliefs and expectations are not valid. Empathy and a good dietitian-client relationship are crucial in this setting. It sustains the counseling, help clients to understand their problem and facilitates the negotiation of goals. Therefore, I know I have to work*

*harder to keep clients motivated in pursuing success and to not let them down because they trust in my ability to help them and make them feel good."* RD14

Nevertheless, this creates a pressure for outcomes in a short/medium period of time, resulting in dietitian bigger engagement and investment since achieving clients goals represents an increase in their satisfaction and further presence in the consultation. In this context, patients only seem to drop out due to budget constraints or because their expectations are not meet. Therefore, success is frequently achieved, clients feel satisfied and dietitian feel rewarded, pleased and self-efficient.

## **Discussion**

With this study we aimed to investigate for the first time the beliefs, attitudes and practices of Portuguese dietitians concerning obesity and obese patients and also identify differences between public primary care setting and private setting, understand what might explain those differences and what implications they bring to practices and outcomes. Regardless work context, *persistence* emerged as the main characteristic of dietitians action in the treatment of obesity, with dietitians showing a strong belief in a successful treatment and in their ability to promote lifestyle changes. However, differences in reimbursement, work environment, perceived barriers, patients characteristics and availability of resources seems to contribute to differences in persistence according to the setting dietitians are working, existing an increase of efforts and engagement in private practice and a decrease in public primary care practice.

The lack of obese patients adherence, the cultural context, the communication and referral problems among healthcare professionals have been widely identified as barriers to intervention (4,22–24). Similarly to other healthcare providers(25), dietitians noted that the pervading community belief related to the lack of recognition of obesity as a health problem represents an extra burden in their workload. This seems to influence the way these professionals describe obese patients: participants hold negative attitudes about the obese deriving from feelings of frustration due to patients lack of commitment and motivation (4,10,26). Negative feelings and stigmatization towards obese individuals among healthcare professionals have been associated with perceptions of limited efficacy, little investment and avoidance behaviors(26–29). However, contrarily to what might be expected, dietitians present positive beliefs concerning

treatment outcomes as well as favorable and appropriate practices(8). They perceive themselves as having an active role in educating, motivating and counseling obese patients which is stressed by a perception of high preparedness to deal with this disease (4,5). In addition, the experiences of success, even when related to small changes, reinforce dietitians' self-efficacy and seems to trigger their positive belief in *success as the only outcome possible*, where persistence emerge as a key component of dietitians' role. This findings are opposed to the ones reported by Campbell et al., since Australian dietitians surveyed, although perceiving themselves as potential leaders in weight loss treatment, are pessimistic regarding intervention outcomes(4). According to findings of Stone & Werner (2012), who aimed to define different dimensions of professional stigma attached to obese patients, dietitians seems to be aware of the consequences that their negative attitudes and emotions may represent to the treatment (e.g.: shorter sessions, decrease in efforts and engagement, blaming patients). Therefore, by recognizing the association between these emotional and behavioral aspects, they attempt to overcome their negative feelings by emphasizing their positive feelings and beliefs concerning their capacity and ability to achieve success (cognitive dimension), expressing therefore, a strong willing and desire to help patients, even when they failure to follow professional advice, causing dieticians to experience frustration (26). These assumptions are in line with dietitians persistence and empowerment of patients as well as the use of many management strategies and approaches as possible to promote lifestyle changes. Participants tend to use a patient-centered approach which has shown positive health outcomes for a range of chronic diseases and settings (4,30,31). They demonstrate flexibility, adopting the traditional portion prescription approach (not calorie intake) or a lifestyle small changes approach, according to intervention aims and patients characteristics(4,5,17,32) confirming that "different approaches suit different people" (17).

However, because patients are not proactive or are resistant to change, dietitians struggle in their application of this patient-centered approach by finding a balance between what they consider to be the best treatment options for patient succeed vs. the barriers derived from obese unrealistic expectations and lack of adherence(15,31). Similarly to the findings of Chapman at al., negotiation emerged as a coping strategy to deal with this struggle, enhancing patients motivation through education and the adjustment of goals and strategies (e.g.: revision of the dietary plan). Even though good communication skills and empathy have been demonstrated to have an important role in

this process, it doesn't seem to be enough (15,33). The perception of the treatment as a difficult thing to do may derive from the lack of adequate training in behavior change skills (34). If the core role of dietitians is to help people to change their behaviors, these skills have become critical to the set required by these professionals to optimally manage weight loss. This findings shed light regarding current weaknesses in Portuguese nutrition programs that fail in providing structured education and training concerning cognitive-behavioral strategies, motivational techniques and relapse prevention.

MacLellan & Berenbaun (2007) indicated that the characteristics of the work environment intensify the dietitians' struggle (31), which was illustrated in our findings, especially in public setting. The main limitation of effective practices and the reason for the decrease in persistence and job satisfaction in this context seems to derive from barriers coming from the organization of the health system that pressure health professionals to see a large number of patients, in lesser time possible, demanding at the same time, the improvement of patients health and high quality care(34). The increase of obese patients in health system requires the increase of available resources specialized in obesity treatment (8,19) which, in participants opinion, seems to be failing in Portuguese health system organization. Dietitians are finding helpful strategies to deal with the lack of resources since group interventions have been shown to be effective in weight loss intervention (35). However, individual sessions are still prevailing leading to constraints in terms of duration and sustainability of sessions. The inclusion of behavior change strategies requires lengthier time frame of at least one hour and the frequency of contact with the health professional is essential in the beginning of the counseling as well as in the maintenance of the weight lost (17,19). Therefore, adherence and maintenance of weight loss in this setting may be compromised. In the same way, if multidisciplinary collaboration is to be consider a prerequisite for effective care and, therefore encouraged, considerations about available resources should be taken into account in the development of health policies. However, the perceptions of GPs may be hindering the effective multidisciplinary nutrition management in overweight and obesity (24,36). Previous research has shown that, contrarily to dietitians, which nutrition counseling contributes to meaningful weight loss (17), GPs nutrition care is superficial and ineffective (36). However, they continue to be the primary providers of nutrition care, even presenting inadequate knowledge, perceiving dietetic counseling as ineffective and being resistant to do referrals (36–38). GPs may

require broader education and understanding of nutrition role in the treatment of obesity so that potential opportunities for patient nutrition management are not missed. This is particular important since GPs seem to play an important role not only in influencing patients' decision to start, continue or terminate the nutrition counseling by showing encouragement or ambivalent attitudes towards this service (6) but also in improving treatment success when working in collaboration with the dietitian (39). This adds new insights about the lack of obese patients attendance to first nutrition consultations. Nevertheless, dietitians could also improve their communication with these professionals and help them to improve their knowledge and nutrition counseling strategies (40).

On the contrary, the lack of barriers and limitations in private practice seems to be behind the successful treatments and the clients and professionals satisfaction, reinforcing the increase of dietitians' persistence and perception of self-efficacy. Though, more research is needed to confirm the assumption that private setting is more successful than the public setting since it is based on participants' perceptions which could be biased due to (non)existence of structured barriers and differences in obese patients' profile. Nevertheless, in this setting dietitians use a more individualized approach, the sessions are longer and frequent and the number of follow-up sessions are schedule according to clients affordability, which indeed seems to improve clients adherence (6,17,19). However, similarly to the findings of Brown et al.(20), financial factors seem to be the most important reason driving the work in private practice. Keeping clients motivated and satisfied, using empathy and negotiation to establish a good relationship with the client as well as reasonable goals and weight loss expectations means clients attendance of further consultations, avoid drop outs and guarantees dietitians reimbursement. In this setting, persistence is seen to have the potential for higher remuneration whereas in public setting, no matter how many patients dietitians see or how efficient they are, their reimbursement will always be the same. More research is needed to clarify this findings.

### **Strengths and limitations**

The use of a sound qualitative framework with detailed description of the procedures of collecting and analyzing data, the reflexive diaries kept by the main interviewer, the use of the constant comparative method, and the shared comments, discussion and revision during analysis enhanced the rigor and trustworthiness of the



findings and allows further decisions concerning transferability. However, the generalisability of these findings requires verification in larger and more diverse samples since they are originated from a qualitative study and limited to a geographical scope in the north of Portugal. The differences of age and years of experience between the interviewees from public and private setting may also constitute a limitation since they could biased the views about obesity and the description of the setting and the practices. Even tough, all participants had previous work experiences in both settings, the fact that only seven interviews were done in private setting may hindering some perspectives and data about

## **Conclusion**

Although the inexistence of national guidelines regarding the management of obesity, Portuguese dietitians present adequate practices in accordance with the main international guidelines. However, the findings highlight the need for health authorities to acknowledge the constraints to provision of weight management services within the public health care system and to develop policies that address the improvement of healthcare professionals education, the increase of available recourses and the enhance of interdisciplinary collaboration where physicians and other health professionals support each other and refer obese patients to dietitians routinely. A dietetic guideline development initiative would ideally address a number of additional factors: health professionals' role in practice decisions, organizational and resource considerations, the targeting of specific practices (e.g. screening, advice giving, appropriate referral practices) long-term management strategies and dietetic training. In the same way, the organization of the health system should take into account collaborations with private setting since it seems to meet the gap in public services in terms of offer (number of dietitians), less barriers, short waiting lists, best environment, taking some of the pressure off in predominantly public services. However, more research is needed concerning the effectiveness in these settings, barriers in health professionals collaboration and the influence of reimbursement on dietitians practices.

## References

1. Sardinha LB, Santos D a, Silva AM, Coelho-e-Silva MJ, Raimundo AM, Moreira H, et al. Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. *PLoS One*. 2012;7:e47883.
2. Pereira J, Mateus C. Custos indirectos asociados à obesidade em Portugal [Productivity costs associated with obesity in Portugal]. *Rev Port Saúde Pública*. 2003;3:65–80.
3. Ogden J. *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. Oxford: Blackwell; 2011.
4. Campbell K, Crawford D. Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000;24:701–10.
5. Barr SI, Yarker K V, Levy-Milne R, Chapman GE. Canadian dietitians' views and practices regarding obesity and weight management. *J Hum Nutr Diet*. 2004;17:503–12.
6. Endevelt R, Gesser-Edelsburg A. A qualitative study of adherence to nutritional treatment: perspectives of patients and dietitians. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:147–54.
7. McArthur L. Nutrition and nonnutrition majors have more favorable attitudes toward overweight people than personal overweight. *J Am Diet Assoc*. 1995;95:593–6.
8. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill a J. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Diet*. 2002;15:331–47.
9. McArthur L, Ross J. Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clients. *J Am Diet Assoc*. 1997;97:63–5.
10. Oberrieder H. Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *J Am Diet Assoc*. 1995;95:914–6.
11. Swift JA, Hanlon S, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet*. 2012;26:395–402.
12. Berryman DE, Dubale GM, Manchester DS, Mittelstaedt R. Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:1678–82.

13. Puhl R, Wharton C, Heuer C. Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. *J Am Diet Assoc.* American Dietetic Association; 2009;109:438–44.
14. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res.* 2011;24:127–37.
15. Chapman GE, Sellaeg K, Levy-milne R, Ottem A, Barr SI, Fierini D, et al. Canadian Dietitians ' Approaches to Counseling Adult Clients Seeking Weight-Management Advice. *J Am Diet Assoc.* 2005;105:1275–9.
16. Almajwal A, Williams P, Batterham M. Current dietetic practices of obesity management in Saudi Arabia and comparison with Australian practices and best practice criteria. *Nutr Diet.* 2009;66:94–100.
17. Zinn C, Schofield G, Hopkins WG. Management of adult overweight and obesity: Consultation characteristics and treatment approaches of private practice dietitians. *Nutr Diet.* 2013;70:113–9.
18. Lu A, Dollahite J. Assessment of dietitians' nutrition counselling self-efficacy and its positive relationship to reported skill usage. *J Hum Nutr Diet.* 2011;23:144–53.
19. Cowburn G, Summerbell C. A survey of dietetic practice in obesity management. *J Hum Nutr Diet.* 1998;11:191–5.
20. Brown LJ, Mitchell LJ, Williams LT, Macdonald-wicks L, Capra S. Private practice in rural areas : An untapped opportunity for dietitians. *Aust J Rural Health.* 2011;19:191–6.
21. Virginia Braun, Victoria Clarke. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77–101.
22. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ÂRPDC. Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras.* 2012 Apr;58:254–62.
23. Timmerman GM, Reifsnider E, Allan JD. Weight management practices among primary care providers. *J Am Acad Nurse Pract.* 2000;12:113–6.
24. Nicholas LG, Pond CD, Roberts DCK. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am J Clin Nutr .* 2003;77:1039S – 1042S.

25. Leverence R, Williams R, Sussman A, Crabtree B, Clinicians RN. Obesity Counseling and Guidelines in Primary Care: A Qualitative Study. *Am J Prev Med.* 2007;32:334–9.
26. Stone O, Werner P. Israeli dietitians' professional stigma attached to obese patients. *Qual Health Res.* 2012;22:768–76.
27. Teachman B a, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001;25:1525–31.
28. Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. 2011;1:1–11.
29. Brownell K, Puhl R. Weight Management and Obesity Stigma and Discrimination in Weight Management and Obesity. *Perm J.* 2003;7:21–3.
30. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.* 1995;152:1423–33.
31. MacLellan D, Berenbaum S. Canadian dietitian's understanding of the client-centered approach to nutrition counseling. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:1414–7.
32. Neumark-Sztainer D. The weight dilemma: A range of philosophical perspectives. *Int J Obes.* 1999;23:S31–7.
33. Goodchild CE, Skinner TC, Parkin T. The value of empathy in dietetic consultations . A pilot study to investigate its effect on satisfaction , autonomy and agreement. *J Hum Nutr Diet.* 2005;18:181–5.
34. Rapoport L, Perry KN. Do dietitians feel that they have had adequate training in behaviour change methods ? *J Hum Nutr Diet.* 2000;13:287–98.
35. Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:717–21.
36. Ball L, Hughes R, Leveritt M. Health professionals ' views of the effectiveness of nutrition care in general practice setting. *Nutr Diet.* 2013;70:35–41.
37. Wynn K, Trudeau J, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care Recherche. *Can Fam Physician.* 2010;56:109–16.
38. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clin Nutr.* 2008;27:196–202.
39. Pritchard DA, Hyndman J, Taba F. Nutritional counselling in general practice : a cost effective analysis. *J Epidemiol Community Heal.* 1999;53:311–6.

40. Koppersmith N, Wheeler S. Communication between family physicians and registered dietitians in the outpatient setting. *J Am Diet Assoc.* 2002;102:1756–63

## **CAPÍTULO V**

### **Beliefs, attitudes and practices of general practitioners, nurses and dietitians towards obesity: A comparative study**

Teixeira, F., Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, A. (submetido). Beliefs, attitudes and practices of general practitioners, nurses and dietitians towards obesity: A comparative study. *Patient Education and Counseling*

# **Beliefs, attitudes and practices of general practitioners, nurses and dietitians towards obesity: A comparative study<sup>1</sup>**

## **Abstract**

*Objective:* While the beliefs, attitudes and practices of GPs about obesity are well explored in current literature, little is known about nurses and dietitians working in primary care and there seems to exist a lack of literature comparing simultaneously these three groups. The present study aimed to explore and compare the beliefs, attitudes and practices of these stakeholders concerning obesity and obese patients.

*Methods:* A cross-sectional survey with general practitioners (n = 207), nurses (n = 258) and dietitians (n=163) working in primary care setting in the North of Portugal. Descriptive analysis and one-way ANCOVA were conducted.

*Results:* Attitudes towards obese patients are mainly negative or ambivalent. However, significant differences were found with dietitians showing greater endorsement for obese patients' inability to change their lifestyles ( $p < 0.01$ ). This group is also significantly different concerning the beliefs about obesity management, by showing a more accurate definition of a successful weight loss, perceiving themselves as more efficient and responsible for the treatment (all  $ps < 0.01$ ). They also report fewer difficulties than physicians ( $p < 0.01$ ) and are more engaged than nurses ( $p < 0.001$ ). Concerning the frequency of practices, significant differences were also found, with dietitians showing higher frequencies for assessment of obesity and for the implementation of cognitive-behavioral strategies (all  $ps < 0.001$ ).

*Conclusion:* GPs and nurses are similar in their beliefs, attitudes and practices and are ambivalent or pessimistic about their feelings and efficiency concerning obesity treatment, while dietitians are positive in promoting an adequate weight loss and show adequate practices which seem to be less influenced by their negative attitudes.

*Practice Implications:* Health policies should be improved and promote healthcare professionals education, the increase of available resources and encourage multidisciplinary collaboration. More research is needed concerning professionals' perceptions, willingness and barriers to cooperate with each other.

*Keywords:* Obesity, healthcare professionals, beliefs, practices, primary care

---

<sup>1</sup> A organização do artigo segue as orientações da revista em que foi submetido (estilo Vancouver).

## **1. Introduction**

Obesity is a significant public health issue affecting, worldwide, an estimated 11% of adults aged 20 and over (1). In Portugal, according to the latest statistics, in 2012, 40% of adult population was overweight and 15% was obese (2), which represents significant economic costs (about 3.5% of total health care expenditures per year (3)) and a great loss of quality of life as well as earlier mortality (1).

It is now well known that frequent and continuous contacts with a healthcare professional are predictors of a successful weight loss, enhancing motivation to sustain lifestyle changes, providing progress feedback and preventing weight regain (4,5). Primary care setting is, therefore, potentially well placed to prevent obesity and deliver proper weight loss advice and management (6,7) since its organization predict regular and repeated contacts with the patient, over a number of years. Moreover, professionals in this setting tend to see a large volume of patients which, given the high rates of obesity, increases the opportunity to include in consultations significant numbers of affected individuals (8,9). In addition, patients regard their primary care physicians as key sources of weight loss information and advice and considered them as the first port of call for help for an adequate treatment for their health condition (10–12).

However, general practitioners (GPs) and other healthcare providers (HCP), such as nurses and dietitians, who also play an important role in the prevention and treatment of obesity in primary care, seem to hold negative beliefs and attitudes in relation to obesity and obese people that are compromising their practices and role perception, contributing, therefore, to an inadequate treatment of these patients as well as failures in weight loss attempts (13–17).

While the beliefs, attitudes and practices of GPs are well explored in current literature (13), little is known about the perceptions and practices of nurses and dietitians working in primary care and existing research about these two groups is not conclusive. In the same way, there seems to exist a lack of literature comparing simultaneously these three groups and the diversity of participants, methods and outcomes of different studies do not allow firm conclusions in relation to the beliefs, attitudes and practices of these HCP (16,18,19). In addition, in Portugal, nothing is known about the perception and practices of GPs, nurses and dietitians regarding obesity treatment.



With the recent importance given to multidisciplinary team care as a way of enhancing holistic care and efficiency in primary care (20–22), it is essential to explore the beliefs and practices of these three groups especially when there are studies indicating that health professionals seem to hold misconceptions about each other roles that are hindering an effective multidisciplinary nutrition management in overweight and obesity (23–25). This paper endeavors to fill some of the described gaps by characterizing and comparing the beliefs, attitudes and practices of Portuguese GPs, nurses and dietitians concerning obesity and obese patients.

## **2. Methods**

### *2.1. Study design*

The present study comprised a cross-sectional survey aiming to access Portuguese GPs, nurses and dietitians' beliefs, attitudes and practices towards obesity and obese people.

### *2.2. Participants and procedures*

In Portugal, in order to have access to HCP working in public primary care, an approval of the heads of each institution is needed in the first place. Between April and July 2014, all heads of all public primary care institutions in the North of Portugal were mailed with a letter explaining the aim of the study and the procedures of data collection and inviting all GPs, nurses and dietitians of the institution to participate in the study. Two weeks after the first email, a reminder was mailed to non-respondents and after another two weeks one last try was made by phone to those who had not still responded. After receiving the approval, a questionnaire was hand out to all GPs, nurses and dietitians integrating the institution. Participation was entirely voluntary and prior to distribution of the questionnaire, a short verbal explanation was presented to potential participants and a written consent was also distributed. One or two weeks later, the main investigator returned to the institution to collect the questionnaires. Due to the lack of dietitians in public primary care setting (we were able to contact only 10 professionals), we developed an online survey, using LimeSurvey<sup>TM</sup> version 1.9, in order to collect data concerning these professionals. Invitations to participate were sent through the

mailing list of the Portuguese Association of Dietitians and using a snowball chain of contacts through personal email and social media.

The study was approved by the University Ethics Committee and by the Health Department Ethics Committee of the North of Portugal.

### *2.3. Measures*

A self-completion questionnaire was designed for the purpose of the study. It was drawn on a review of the international literature in the field (14,15,26,27), and on face-to-face interviews done to 16 stakeholders from each of the three sample groups, who also pilot-tested the questionnaire for scope, length and clarity. The questionnaire had 112 items and was designed to be completed in 15 minutes. Additionally to the demographic section presented in the end of the questionnaire, it had six different sections (described below), each one having different subset of items determined by an exploratory factor analysis done previously. The reliability of the items was assessed using Cronbach's alpha. For all sections, participants were asked to rate their level of agreement on a 5-point Likert scale ranging from "strongly disagree" [1] to "strongly agree" [5], apart from one section, where the response categories provided were: "never" [1], "rarely", "sometimes", "usually", "always" [5].

#### *2.3.1. Beliefs about causes and consequences of obesity*

Participants were asked to rate a list of 21 causes of obesity and 17 consequences of obesity. The items were grouped into "Biological" (5 items;  $\alpha = .75$ ), "Psychological" (6 items;  $\alpha = .80$ ), "Behavioral" (5 items;  $\alpha = .59$ ) and "Socioeconomic" (5 items;  $\alpha = .74$ ) causes of obesity and into "Physical" (11 items;  $\alpha = .91$ ) and "Psychosocial" (6 items;  $\alpha = .88$ ) consequences of obesity.

#### *2.3.2. Beliefs and attitudes towards obese patients*

Participants were presented with a series of statements regarding various aspects of obese patients behavior and characteristics. These included eight items about the inability of obese individuals to change their lifestyle ("Inability to change lifestyle";  $\alpha = .53$ ); four items about obese patients' ability to recognize their problem ("Insight about obesity";  $\alpha = .67$ ); four items about obese patients' eating behavior ("Eating behavior";  $\alpha = .61$ ); and three items about psychological characteristics of obese individuals ("Psychological characteristics";  $\alpha = .67$ ).

### *2.3.3. Beliefs regarding obesity management*

Participants were asked to indicate their level of agreement in relation to a list of 13 statements grouped into: "Perceived role" (five items;  $\alpha = .70$ ); "Perceived effectiveness" (two items;  $\alpha = .53$ ); "Definition of success" (two items;  $\alpha = .61$ ) and "Importance of prevention" (four items;  $\alpha = .79$ ).

### *2.3.4. Difficulties and feelings regarding obesity management*

This section included a list of eight statements that assessed healthcare professionals' perceptions of the difficulties and feelings emerged from the management of obesity and the contact with obese patients and their weight loss outcomes. It was grouped into "Difficulties and feelings emerged from treatment" (5 items;  $\alpha = .60$ ) and "Disengagement with the treatment" (three items;  $\alpha = .60$ ).

### *2.3.5. Barriers in the management of obesity*

Participants were asked to indicate their level of agreement in relation to a list of 11 barriers regarding the management of obesity grouped into "Infrastructural" (four items;  $\alpha = .55$ ); "Obese patients' lack of adherence" (three items;  $\alpha = .73$ ) and "Psychosocial and economic" (four items;  $\alpha = .65$ ) barriers.

### *2.3.6. Frequency of practices regarding obesity management*

Participants were asked how frequently they performed a list of weight management procedures. For each of these, participants were asked to indicate their response on a 5-point Likert scale: never [1], rarely, sometimes, usually, always [5]. The list included eight items about obesity evaluation ("Assessment";  $\alpha = .82$ ); four items concerning education and intervention ("Counseling";  $\alpha = .79$ ); five items about nutritional counseling ("Nutritional counseling";  $\alpha = .58$ ); six items about cognitive-behavioral strategies ("Behavioral strategies";  $\alpha = .69$ ); and two items concerning referral practices ("Referrals";  $\alpha = .50$ ).

### *2.3.7. Demographics*

Questions were included regarding age, sex, years of experience, weight and height (to calculate body mass index (BMI)). In the online survey we also included

questions regarding the setting of dietitians practice (public, private or both) and the level of employment (full time, part time).

#### *2.4. Statistical analysis*

All analyses were conducted using SPSS (Version 19.0). Descriptive statistics were used to analyze demographic data as well as the responses to each item. For each section of the survey, items were grouped and summated to create mean scores which were then used in Analysis of Covariance (ANCOVA) to compare each sample group with age as a covariate. Significance was taken as  $p < .05$ .

### **3. Results**

#### *3.1 Response Rate*

Of the 299 institutions we were able to contact, 68 responded (response rate of 22.74%) but only 55 agreed to collaborate. Of the 668 questionnaires distributed, completed questionnaires were received from 207 GPs and 258 nurses (response rate of 65.92% and 72.88%, respectively). Among dietitians, 283 responded to the online survey, however, only 163 responses were considered valid. The other responses were excluded because of being half completed.

#### *3.2. Demographics characteristics*

The participants' profile characteristics are presented in Table 1. The results shown that participants were predominately women. GPs were the oldest group and presented more years of experience, contrarily to dietitians who were the youngsters and presented less years of experience. Average BMI was within the normal weight range. Since data was collected in public primary care institutions, we knew in advance that all GPs and nurses worked full-time in public setting. Concerning dietitians, half of them worked in private setting (51.4%), 33.3% worked in public setting, and 15.3% performed activities in both settings, with 63.2% of them working full time and 36.8% working part-time.

Table 1 - Sample demographic profile (n= 628)

		<b>GPs (n = 207)</b>	<b>Nurses (n= 258)</b>	<b>Dietitians (n=163)</b>	<b>Total (n=628)</b>
Sex	Male	68	43	11	
	Female	136	210	140	
Age:	Mean (SD)	46.33 (11.98)	38.54 (7.19)	31.99 (7.83)	39.53 (10.71)
	Minimum	27	26	21	
	Maximum	63	62	58	
Years of experience:	Mean (SD)	19.91 (12.84)	15.59 (7.06)	8.11 (6.88)	15.22 (10.38)
	Minimum	1	3	1	
	Maximum	40	40	34	
Body Mass Index:	Mean (SD)	24.05 (4.14)	23.67 (3.05)	21.58 (2.16)	23.45 (3.46)
	Minimum	17.75	17.71	18.07	
	Maximum	52.03	38.19	30.86	

GP = general practitioners

### 3.3. Beliefs about causes and consequences of obesity

Healthcare professionals' beliefs about the causes and consequences of obesity are shown in Table 2. In terms of causes, the results showed that participants reported greater level of agreement for behavioral causes, with nearly all participants endorsing "overeating" (mean = 4.79; SD = .43; 99.2%), physical inactivity (mean = 4.76; SD = .45; 99.2%) and "high sugar and fat intake" (mean = 4.69; SD = .49; 98.7%) as the main causes of obesity. "Age" (mean = 3.06; SD = .96; 37.4%) and "unemployment" (mean = 3.09; SD = .94; 36.3%) were the causes with lower agreement. Significant differences were found only for the biological causes ( $F(2,586) = 6.04, p < .001$ ), which were not associated with participants age ( $p = .60$ ). Multiple comparisons showed that differences in sample groups occurred only between dietitians and nurses, with the first group presenting lower levels of agreement concerning these causes ( $p < .01$ ).

In relation to consequences, although participants agreed or strongly agreed with almost all items presented, on average they reported greater rating for physical consequences, namely "mobility difficulties" (mean = 4.48; SD = .59; 96.7%), "type 2 diabetes" (mean = 4.48; SD = .71; 94.4%) and "cardiovascular diseases" (mean = 4.41; SD = .77; 90.4%). Their level of agreement was slightly lower for "cancer" (mean = 3.42; SD = .97; 47.5%) and for "difficulties in getting and/or keeping a job" (mean =

3.52; SD = .85; 51.3%). Univariate tests showed significant differences concerning physical ( $F(2,582) = 8.92$ ,  $p < .001$ ) and psychosocial ( $F(2,589) = 5.17$ ,  $p < .001$ ) consequences of obesity. After controlling the effect of age, multiple comparisons indicated that nurses differ from GPs and dietitians by showing lower endorsement for physical consequences ( $p < .001$ ), whereas dietitians showed greater endorsement for psychosocial consequences of obesity in comparison to GPs and nurses ( $p < .001$ ).

#### *3.4. Beliefs and attitudes towards obese patients*

Results indicated that participants hold negative beliefs and attitudes towards obese patients. On average they showed greater endorsement for statements related to obese people inability to change their lifestyles such as "obese people constantly present excuses to do not change" (mean = 4.24; SD = .61; 92.9%) or "obese people have self-control to lose weight" (inverted; mean = 2.31; SD = .74; 66.1%) and with statements regarding patients' eating behavior such as "obese patients deny their eating compulsive habits" (mean = 3.65; SD = .72; 61.6%). Concerning "insight", on average participants disagree with the ability of "patients to recognize obesity as a disease" (mean = 2.74; SD = .87; 48.3%) and they were also not sure about the psychological characteristics of obese individuals related to the presence of depression (mean = 3.39; SD = .75) and anxiety (mean = 3.13; SD = .75). Statistically significant differences were found concerning obese people' "Inability to change their lifestyle" ( $F(2,580) = 5.20$ ,  $p < .01$ ), and "psychological characteristics" ( $F(2,576) = 10.97$ ,  $p < .001$ ) (Table 2), and both of them were not associated with age. Multiple comparisons revealed no differences between GPs and nurses. However, dietitians were more negative than GPs and nurses about the psychological characteristics of obese people ( $p < .001$ ) and about the obese patients' inability to change their lifestyles ( $p < .01$ ). There were no differences among groups in relation to "insight" and obese patients' "eating behavior".

Table 2. Comparison of GPs, nurses and dietitians' beliefs, attitudes and practices about obesity

		<b>GPs (n = 207) Mean (SD)</b>	<b>Nurses (n= 258) Mean (SD)</b>	<b>Dietitians (n=163) Mean (SD)</b>	<b>Total (n=628) Mean (SD)</b>	<b>F</b>	<b>P-value</b>
Causes	Biological	3.58 (.54)	3.60 (.53)	3.39 (.61)	3.54 (.56)	6.04	.0001
	Psychological	3.87 (.48)	3.85 (.52)	3.89 (.50)	3.87 (.50)	0.37	.691
	Behavioral	4.43 (.34)	4.49 (.34)	4.49 (.34)	4.47 (.34)	1.07	.345
	Socioeconomic	3.47 (.62)	3.40 (.65)	3.34 (.63)	3.41 (.63)	2.13	.120
Consequences	Physical	4.19 (.49)	4.11 (.54)	4.37 (.48)	4.20 (.52)	8.92	.0001
	Psychosocial	3.61 (.61)	3.69 (.62)	3.88 (.55)	3.71 (.61)	5.17	.006
Beliefs and attitudes about obese people	Inability to change	3.71 (.31)	3.69 (.35)	3.81 (.35)	3.73 (.34)	5.20	.006
	Insight about obesity	2.80 (.63)	2.83 (.61)	2.68 (.59)	2.79 (.62)	1.54	.215
	Eating behavior	3.62 (.54)	3.62 (.53)	3.57 (.64)	3.60 (.57)	0.249	.779
	Psychological characteristics	3.31 (.53)	3.34 (.52)	3.57 (.64)	3.39 (.54)	10.97	.0001
Beliefs regarding obesity management	Perceived role	4.20 (.36)	4.17 (.36)	4.52 (.29)	4.27 (.37)	42.01	.0001
	Perceived effectiveness	3.14 (.60)	3.22 (.62)	4.03 (.61)	3.40 (.71)	84.20	.0001
	Definition of success	4.10 (.49)	3.97 (.54)	4.27 (.59)	4.09 (.55)	13.54	.0001
	Importance of prevention	4.51 (.41)	4.52 (.41)	4.73 (.34)	4.58 (.40)	8.51	.0001
Difficulties and feelings about obesity management	Difficulties and feelings	3.36 (.51)	3.25 (.49)	3.10 (.68)	3.25 (.56)	4.94	.007
	Disengagement	2.00 (.56)	2.11 (.56)	1.84 (.61)	2.00 (.58)	7.78	.0001

Table 2. Comparison of GPs, nurses and dietitians' beliefs, attitudes and practices about obesity

		<b>GPs (n = 207) Mean (SD)</b>	<b>Nurses (n= 258) Mean (SD)</b>	<b>Dietitians (n=163) Mean (SD)</b>	<b>Total (n=628) Mean (SD)</b>	<b>F</b>	<b>P-value</b>
Barriers	Infrastructural	3.90 (.56)	3.83 (.59)	3.71 (.61)	3.82 (.59)	6.43	.002
	Lack of adherence of obese patients	3.95 (.56)	4.00 (.54)	4.08 (.53)	4.01 (.54)	0.11	.901
	Psychosocial and economic	3.43 (.61)	3.40 (.60)	3.47 (.53)	3.43 (.59)	0.89	.411
Frequency of practices	Assessment	4.26 (.52)	4.24 (.49)	4.71 (.34)	4.36 (.51)	48.46	.0001
	Counseling	4.70 (.36)	4.61 (.47)	4.78 (.32)	4.69 (.41)	7.36	.0001
	Nutrition counseling	4.54 (.43)	4.55 (.42)	4.29 (.36)	4.48 (.43)	11.44	.0001
	Cognitive-behavioral strategies	3.56 (.64)	3.50 (.70)	3.77 (.56)	3.59 (.66)	14.77	.0001
	Referrals	3.05 (.80)	2.15 (1.05)	2.89 (.82)	2.65 (1.00)	53.67	.0001

GP = general practitioners



### *3.5. Beliefs regarding obesity management*

The results indicated a greater level of agreement in relation to perceived role in the treatment of obesity and importance of prevention. Healthcare professionals strongly agreed that "Managing obesity is part of my job" (mean = 4.75; SD = .49; 72.1%) and that "It is my responsibility motivate obese patients to change" (mean = 4.61; SD = .55; 63.9%); as well as "It is important to prevent the development of comorbidities associated to obesity" (mean = 4.61; SD = .50; 61.9%). In terms of definition of success, although the majority of participants agreed that "It would be beneficial for patients to lose 5 to 10% of their excess weight" (mean = 4.21; SD = .65; 90.1%), they showed slightly less endorsement in considering this amount of weight loss a success (mean = 3.93; SD = .73; 79.1%). It is also noteworthy that participants disagree (35.1%) or were not sure about their effectiveness (36.2%) in managing weight loss (mean = 2.45; SD = .91). In fact, significant differences were found in relation not only to this group of items but also in the remaining groups (Table 2). GPs and nurses are not different in their beliefs about the management of obesity, but, after controlling the effect of age for "perceived role" ( $p < .05$ ) and "importance of prevention" ( $p < .05$ ), dietitians showed greater endorsement in terms of their perceived role in obesity treatment, importance given to prevention, perceived themselves as more effective in the treatment of obesity and presented a more accurate definition of a successful weight loss in comparison to GPs and nurses (all  $ps < .01$ ).

### *3.6. Difficulties and feelings regarding obesity management*

The majority of participants showed greater endorsement regarding the statement "Obesity is difficult to manage" (mean = 4.04; SD = .82; 85.1%). They did not perceive obesity as professional rewarded (mean = 2.21; SD = 1.03; 70.1%) but they disagree (33.4%) or were not sure (29.6%) about feeling frustrated (mean = 2.93; SD = .98). Nevertheless, on average, they disagree with the "Disengagement" towards the treatment (mean = 2.00; SD = .58) and also disagree with the idea that "Managing obesity is a waste of time". However, significant differences were found for "Difficulties and feelings about obesity management" and for "Disengagement" (Table 2), both revealing no association with age. Multiple comparisons showed that dietitians were more positive than GPs (items were in the negative form) in relation to "Difficulties and feelings about obesity management" ( $p < .01$ ) and showed lower endorsement of "Disengagement" than nurses ( $p < .001$ ).

### *3.7. Barriers in the management of obesity*

Participants reported greater level of agreement for barriers related to the "Lack of adherence of obese patients" (mean = 4.01; SD = .54), followed by "Infrastructural" barriers (mean = 3.83; SD = .59) and "Psychosocial and economic" barriers (mean = 3.43; SD = .59). However, it is noteworthy that the majority of participants (88.6%) demonstrated greater endorsement regarding the lack of specialized human resources in primary care setting (mean = 4.38; SD = .82). In addition, significant differences were found for the "Infrastructure" barriers ( $F(2,580) = 6.43, p < .01$ ), with GPs showing more agreement with these barriers (mean = 3.90; SD = .56) than dietitians (mean = 3.71; SD = .61) or nurses (mean = 3.84; SD = .59) (Table 2). Age was not associated with this barrier.

### *3.8. Frequency of practices regarding obesity management*

The results indicated that "Assessment" is done less frequently than "Counseling" and "Nutritional counseling" which were reported by the majority of participants as being performed almost "always", specially "Advice about healthy eating habits" (mean = 4.75; SD = .47; 99.4%), "Advice to exercise regularly" (mean = 4.76; SD = .46; 98.6%) and "Advice to increase water and vegetables intake" (mean = 4.72; SD = .50; 97.9%). Nevertheless, from all statements, "Assessment of BMI" appeared as the practice more frequently performed (mean = 4.78; SD = .55; 96.8%). Referrals are rarely done and cognitive-behavioral strategies such as "the implementation of food diaries" are used only sometimes (Table 2). Univariate analyses revealed significant differences concerning all subsets of practices (Table 2) and age was also not associated with any of them. In comparison to GPs and nurses, "Assessment" and "Cognitive-behavioral strategies" were more frequently performed by dietitians, whereas "Nutritional counseling" was slightly less frequently done. However, no differences were found between dietitians and GPs in terms of "Counseling" and "Referrals". These were found among nurses, who counsel less frequently than dietitians, but do not differ from GPs. They also refer less frequently than dietitians and GPs (all  $ps < .001$ ).

## 4. Discussion and conclusion

### 4.1. Discussion

With this exploratory study we aimed to investigate for the first time the beliefs, attitudes and practices of Portuguese GPs, nurses and dietitians concerning obesity and obese patients in primary care setting. The results showed that these stakeholders do not differ in relation to the beliefs about the psychological, social and behavioral causes of obesity, the beliefs and attitudes about the eating behavior and lack of insight of obese patients and about the barriers in obesity treatment, namely, the psychosocial and economic barriers and the lack of adherence of obese individuals. On the other side, dietitians significantly differ from both GPs and nurses in relation to the beliefs and attitudes concerning the psychological characteristics of obese people and their inability to change their lifestyles, the beliefs about the management of obesity and the frequency of nutritional counseling and implementation of cognitive-behavioral strategies. They also differ from GPs in relation to the difficulties and feelings towards obesity management and from nurses concerning the biological causes and the physical consequences of obesity, the feelings of disengagement of obesity treatment and the frequency of counseling and referrals done. No significant differences were found between GPs and nurses, except in relation to the physical consequences of obesity, the frequency of referrals and the beliefs about the infrastructural barriers.

Despite the differences found, the beliefs and practices reported by professionals are congruent with each other and reflect not only an emphasis on the obesogenic environment (28) but also indicate that the majority of professionals conceptualize obesity as the patients' responsibility by endorsing behavioral causes and solutions for this disease. Such model reflects a victim blaming approach as the individual is deemed to be responsible for both the cause and solution to their problem (27).

However, the mean scores concerning the beliefs and attitudes about obese patients indicate that the three groups of professionals are ambivalent or disagree with the ability of patients to recognize obesity as a health problem (mean = 2.79; SD = .62) and change their lifestyles (mean = 3.73; SD = .34) and endorse items indicating that patients are unmotivated and resistant to change. As indicated in previous literature (13,29,15), HCP hold neutral to negative beliefs and attitudes towards obese individuals. However, significant differences were found, with dietitians being more negative, especially in relation to obese patients' inability to change their lifestyles ( $p <$

.01). Because these professionals spend more time with obese patients than GPs and nurses, they more frequently and repeatedly deal with obese patients' excuses and resistance to change which could enhance this negativity (30). The negative beliefs and attitudes concerning obese patients have been associated with inadequate knowledge and perceived barriers as well as perceptions of limited efficacy, little investment and avoidance behaviors (13,31,32). Indeed, in this study, GPs and nurses were ambivalent in relation to their self-efficacy in obesity treatment which might contribute to their ambivalent feelings of frustration and to the perception of the treatment as a difficult thing to do. This may be reinforced by some professionals unrealistic weight loss expectations (33) since they recognize the benefits of 5 to 10% of weight loss but do not recognize it as a success. However, multivariate analysis indicated significant differences, with dietitians perceiving themselves as more efficient and with an adequate definition of success which could contribute to fewer frustration, less difficulties and less feelings of disengagement. It has been suggested that due to dietitians education they are more aware of the influence of their attitudes in their practices, making them more able to recognize them, not letting them affect their perceptions about their ability to manage obesity, making dietitians feel more confident in their practices (34).

Despite professionals' negative attitudes they considered obesity treatment as part of their scope of action (13,33,26). Participants follow a lifestyle change approach to weight management, frequently providing general advice in relation to healthy eating habits (mean = 4.75; SD = .47) and promoting increases in physical activity (mean = 4.76; SD = .46). They also assess BMI most of the times (mean = 4.78; SD = .55) which indicates that, despite the inexistence of national guidelines, Portuguese HCP are following main OMS recommendations (1) as well as general indications of international guidelines, such as, for example, the ones published by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (35). However, GPs and nurses more frequently counsel than assess obesity which may indicate some constraints in approaching the issue of excess weight. Despite nurses tend to feel skilled to broach the issue of obesity (30,36), it has been suggested that both GPs and nurses consider this discussion challenging, fearing emotional and negative reactions from patients as well as damages in doctor-patient relationship (37,38). However, talking about obesity without "euphemisms" don't seem to upset patients who are already obese, tend to make the problem real and serious and allow professionals to give advice without

compromising the patients' feelings (38). Because of these constraints, professionals may not only be missing prevention opportunities but also may be contributing to poor evaluation of patients' motivation and readiness to change, enhancing their problems of adherence. On the other side, when it comes to nutritional counseling, most patients appear to want individualized, not standardized, treatment (39). Therefore, by giving preference to general counseling, GPs and nurses may also be contributing to patients' adherence problems who may feel that the counsel do not match their difficulties and needs. Indeed, this kind of general intervention, when performed by GPs, has been considered superficial and ineffective (13,24). However, literature is not conclusive concerning nurses' efficiency. Nevertheless, this preference may also reflect some of the structural barriers identified in primary care setting (13,30,40,41). According to Leverence et al.(42), the workload and competing demands of primary care physicians to deliver a range of preventive services, including obesity counseling and the limitation of time of the encounter is leading GPs to undertake a selective approach to obesity screening and counseling. The same could be happening with nurses, since they report the same type of barriers (30,41). These could also explain why cognitive-behavioral strategies are not so frequently implement in relation to other practices. The inclusion of these strategies in weight loss interventions requires time (43). GPs and nurses' workload is high and the time allocated for every patient is low, which makes serious in-depth dietary counseling not feasible. On the other side, medical training places a great emphasis on the biological basis of disease rather than on the principles of behavioral sciences (44). As such, physicians may not feel fully equipped to address behavioral issues. Indeed, literature has been emphasizing the lack of appropriate knowledge not only among GPs, but also among nurses in relation to cognitive-behavioral strategies as well as motivational interview techniques (40).

On the contrary, results indicated that dietitians significantly differ from GPs and nurses. They are more aware of the importance of an accurate evaluation of patients by reporting doing it more frequently (mean = 4.71 vs GPs' mean = 4.26 and nurses' mean = 4.24;  $p < .001$ ), but also implement cognitive-behavioral strategies more often (mean = 3.77 vs GPs' mean = 3.56 and nurses' mean = 3.50;  $p < .001$ ) than the nutritional counseling in relation to the frequencies reported by the others two groups of professionals (mean = 4.29 vs GPs' mean = 4.54 and nurses' mean = 4.55;  $p < .001$ ). Dietitians recognize, therefore, the usefulness of behavior change techniques in weight loss, perceiving themselves as efficient in their interventions. However, Portuguese

nutrition programs tend to fail in providing structured education and training concerning behavioral change techniques raising some questions about dietitians' adequacy in using these strategies. Nevertheless, even with little training, dietitians nutrition counseling contributes to meaningful weight loss (45). However, during data collection it was possible to realize the inexistence of this resource in primary care setting. Given the barriers found among GPs and nurses and the interventions results obtained by dietitians, considerations about available resources should be taken into account in the development of obesity health policies. The lack of this resource could explain the low frequency of referrals done by GPs. However, some studies argue that these professionals perceive dietetic counseling as ineffective, being, therefore, resistant when referring patients (24,46,25). Nurses tend to recognize the importance of dietitians and be willing to collaborate with them (30), however, organizational barriers in Portuguese health system do not allow nurses to do referrals.

#### *4.2. Strengths and limitations*

The data collection tools reported were successful in distinguishing the beliefs, attitudes and practices of Portuguese healthcare professionals, and a reasonable response rate was achieved with this tools. Due to the online survey used to get access to dietitians, it was not possible to calculate the response rate for this group. However, 163 responses were considered adequate to conduct a meaningful analysis. Since half of the sample work in private setting, conclusions about the beliefs and practices of this group should also be made with caution because of the organizational differences between this setting and public primary care setting. Indeed, previous literature has indicated that different settings could contribute to different practices and behaviors in obesity treatment (47) and there seems to exist differences among dietitians who work in public and private setting (43,45). Furthermore, this was not a nationally representative sample. The careful involvement of professionals in questionnaire design contributed to an accurate content validity and a reasonable internal reliability. Results might also have been subject to a social desirability response bias, whereby respondents give socially acceptable responses rather than reporting their actual opinions or practices, specially because of the high rates of frequency of practices reported. This emphasizes the need of further research in order to explore the actual practices of these professionals. It may be also important to explore the frequency of contact of

professionals with obese patients as well as their perception and knowledge concerning nutrition care, especially among GPs and nurses.

#### *4.3. Conclusion*

This study provides unique and valuable insights about the Portuguese scenario concerning the treatment of obesity, while adding to the existing literature in this area. Although the inexistence of national guidelines regarding the management of obesity, Portuguese HCP present adequate practices in accordance with the main international guidelines, considering obesity management as part of their professional role. GPs and nurses seem to be similar in their beliefs, attitudes and practices showing some pessimism in relation to their performance and outcomes, while dietitians are positive and optimist, not letting their negative attitudes towards obese patients influence their practices, also showing adequate knowledge and practices in promoting weight loss.

#### *4.4. Practice Implications*

The findings highlight the need for health authorities to acknowledge the constraints to provision of weight management services within the public health care system and to develop policies that address the improvement of healthcare professionals education, the increase of available recourses and the enhance of interdisciplinary collaboration where health professionals support each other. The literature suggests that professional specialization has led to a fragmentation between professions, which is likely to result in staff members being unable to look at problems holistically (22). More research is need concerning professionals perceptions, willing and barriers to cooperate with each other in primary care setting.

### **References**

1. WHO, World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2013 Nov 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Sardinha LB, Santos D a, Silva AM, Coelho-e-Silva MJ, Raimundo AM, Moreira H, et al. Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. PLoS One. 2012;7(10):e47883.

3. Pereira J, Mateus C. Custos indirectos asociados à obesidade em Portugal [Productivity costs associated with obesity in Portugal]. *Rev Port Saúde Pública*. 2003;3:65–80.
4. Middleton KM, Patidar SM, Perri MG. The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2012;13:509–17.
5. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*. 2005;6:67–85.
6. Frood S, Johnston LM, Matteson CL, Finegood DT. Obesity , Complexity , and the Role of the Health System. *Curr Obes Repport*. 2013;2:320–6.
7. Lyznicki J, Young D, Riggs J, Davis R. Obesity : Assessment and Management in Primary Care. *Am Fam Physicians*. 2001;63(11):7–10.
8. Terre L, Hunter C, Poston WSC, Keith C, Stewart SA, Stewart SA. Treatment of Obesity in the Primary Care Setting : Are We There Yet? *Eat Disord*. 2007;15(2):135–43.
9. Whitlock E, Orleans T, Pender N, Allan J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med*. 2002;22(4):267–84.
10. Galuska D a. Are Health Care Professionals Advising Obese Patients to Lose Weight? *Jama*. 1999;282(16):1576–8.
11. Tan D, Zwar NA, Dennis SM, Vagholkar S. Weight management in general practice: what do patients want? *Med J Aust*. 2006;185(2):73–5.
12. Ogden J. *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. Oxford: Blackwell; 2011.
13. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ÂRPDC. Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(2):254–62.
14. Brown I, Stride C, Psarou A, Brewins L, Thompson J. Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *J Adv Nurs*. 2007;59(4):329–41.
15. Campbell K, Crawford D. Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000;24(6):701–10.



16. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res. Elsevier B.V.*; 2011;24(3):127–37.
17. Evans E. Why should obesity be managed? The obese individual's perspective. *Int J obesity Suppl.* 1999;23(suppl 4):S3–6.
18. Flodgren G, Deane K, Dickinson HO, Kirk S, Alberti H, Beyer R, et al. Europe PMC Funders Group Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(3).
19. Mold F, Forbes A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expect.* 2013;16(2):119–42.
20. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA. American Medical Association*; 2004;291(10):1246–51.
21. Mitchell GK, Tieman JJ, Shelby-James TM. Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *Med J Aust.* 2008;188(8):S61–4.
22. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *Br Med J.* 2000;320:569–72.
23. Nicholas LG, Pond CD, Roberts DCK. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am J Clin Nutr.* 2003;77(4 Suppl):1039S – 1042S.
24. Ball L, Hughes R, Leveritt M. Health professionals ' views of the effectiveness of nutrition care in general practice setting. *Nutr Diet.* 2013;70:35–41.
25. Wynn K, Trudeau J, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care Recherche. *Can Fam Physician.* 2010;56:109–16.
26. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obes Res.* 2000;8(6):459–66.
27. Ogden J, Bandara I, Cohen H, Farmer D, Hardie J, Minas H, et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ Couns.* 2001;44(3):227–33.
28. Hill J, Peters J. Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science (80-)*. 1998;280:1371–4.

29. Brown I, Thompson J. Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *J Adv Nurs*. 2007;60(5):535–43.
30. Phillips K, Wood F, Kinnersley P. Tackling obesity: the challenge of obesity management for practice nurses in primary care. 2014;31(1):51–9.
31. Teachman B a, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25(10):1525–31.
32. Brownell K, Puhl R. Weight Management and Obesity Stigma and Discrimination in Weight Management and Obesity. *Perm J*. 2003;7(3):21–3.
33. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25:244–9.
34. Stone O, Werner P. Israeli dietitians' professional stigma attached to obese patients. *Qual Health Res*. 2012;22(6):768–76.
35. Mercer S. How useful are clinical guidelines for the management of obesity in general practice? *Br J Gen Pract*. 2009;59:863–8.
36. Hoppé R, Ogden J. Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1997;21(2):141–6.
37. Michie S. Talking to primary care patients about weight: A study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychol Health Med*. 2007;12(5):37–41.
38. Tabor A, Ogden J. Avoiding the term “obesity”: An experimental study of the impact of doctors' language on patients' beliefs. *Patient Educ Couns*. 2009;76:260–4.
39. Endevelt R, Gesser-Edelsburg A. A qualitative study of adherence to nutritional treatment: perspectives of patients and dietitians. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:147–54.
40. Hansson LM, Rasmussen F, Ahlstrom GI. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Fam Pract*. BioMed Central Ltd; 2011;12(1):3–10.
41. Gunther S, Guo F, Sinfield P, Rogers S, Baker R. Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities. *Qual Prim Care*. 2012;20(2):93–103.
42. Leverence R, Williams R, Sussman A, Crabtree B, Clinicians RN. Obesity Counseling and Guidelines in Primary Care: A Qualitative Study. *Am J Prev Med*. 2007;32(4):334–9.

43. Cowburn G, Summerbell C. A survey of dietetic practice in obesity management. *J Hum Nutr Diet.* 1998;11:191–5.
44. Foster GD, Wadden T a, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res.* 2003;11(10):1168–77.
45. Zinn C, Schofield G, Hopkins WG. Management of adult overweight and obesity: Consultation characteristics and treatment approaches of private practice dietitians. *Nutr Diet.* 2013;70(2):113–9.
46. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clin Nutr.* 2008;27(2):196–202.
47. MacLellan D, Berenbaum S. Canadian dietitian's understanding of the client-centered approach to nutrition counseling. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:1414–7.

## **PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Discussão

Limitações

Implicações para a prática

Futuras investigações

## Discussão

Estudar as crenças, atitudes e práticas dos PS nos CSP relativas à obesidade e aos obesos surge como algo inovador no cenário científico português. Os dados obtidos com a presente investigação representam uma primeira contribuição para este corpo de conhecimento, refletindo a complexidade e desafio que esta doença e o seu tratamento acarretam não só para os PS e doentes, como também para o atual sistema de saúde, a educação, a sociedade e as políticas de saúde pública desenvolvidas e a desenvolver.

De acordo com o que foi apresentado na introdução do presente trabalho, pretendeu-se alcançar três objetivos principais com a realização deste estudo: 1) explorar e compreender em profundidade como é que os MCGF, enfermeiros e nutricionistas percecionam a obesidade e os obesos, como perspetivam o seu papel no tratamento desta doença e como lidam com a mesma na sua prática profissional; 2) conhecer e caracterizar as crenças, atitudes e práticas destes profissionais relativamente à obesidade, aos obesos e ao seu tratamento e; 3) comparar as crenças, atitudes e práticas destes três grupos de PS.

Depois de apresentados os cinco estudos com os principais resultados obtidos na presente investigação, considera-se ter-se alcançado todos os objetivos definidos. Os Capítulos II, III e IV, apresentam estudos de cariz qualitativo, respondendo ao primeiro objetivo. O Capítulo V, de cariz quantitativo, dá resposta ao objetivo dois; enquanto os Capítulos III e V alcançam o terceiro objetivo, ao apresentarem uma comparação qualitativa e quantitativa, respetivamente, relativa às crenças, atitudes e práticas dos MCGF, nutricionistas e enfermeiros portugueses em relação à obesidade e aos obesos. O Capítulo I, por corresponder a uma revisão sistemática da literatura relativa às crenças, atitudes e práticas dos MCGF nos CSP, constitui-se como o estudo que mais se afasta dos restantes. No entanto, o desenvolvimento do mesmo foi fundamental não só para organizar a literatura existente sobre o tema, como para a prossecução dos restantes passos na investigação ao permitir não só a identificação dos temas a incluir nos guiões de entrevista desenvolvidos, como também a inventariação de questionários, variáveis e itens existentes na literatura que contribuíram, posteriormente, para o desenvolvimento do questionário descrito no Capítulo V.

Segundo os pressupostos do *design* misto, utilizado em termos metodológicos para a concretização dos objetivos propostos, para que um estudo assumia efetivamente

um carácter "misto", é necessário que o mesmo inclua alguma forma de integração e combinação dos dados qualitativos e quantitativos obtidos, a qual deve ocorrer aquando da discussão dos mesmos (Hanson, Creswell, Clark, Petska, & Creswell, 2005; Leech & Onwuegbuzie, 2007). Assim, tendo os dados sido já devidamente discutidos individualmente em cada um dos capítulos anteriores, seguidamente, proceder-se-á à síntese e articulação, com ênfase igualitária, dos principais dados qualitativos e quantitativos obtidos em ambas as fases do estudo.

Assim, com a realização deste estudo foi possível compreender que, à semelhança da literatura existente (Brown, Stride, Psarou, Brewins, & Thompson, 2007; Campbell & Crawford, 2000; Forman-Hoffman, Little, & Wahls, 2006), os três grupos de PS consideram a obesidade um grave problema de saúde pública, encontrando-se preocupados com as consequências que esta acarreta. De acordo com as *scores* médios revelados em termos quantitativos, estes apresentam um conhecimento adequado acerca das mesmas, visto concordarem com a lista de consequências físicas e psicossociais apresentadas. No entanto, atribuem maior ênfase às consequências físicas ( $M = 4.20$  vs.  $3.71$ ), o que se compreende pelo facto da diabetes, hipertensão, entre outras, representarem co-morbilidades associadas à obesidade que também fazem parte das responsabilidades e preocupações destes profissionais.

De igual modo, todos consideram que a sociedade portuguesa desvaloriza o fenómeno da obesidade, a qual não é sequer percebida enquanto doença crónica pelos próprios indivíduos obesos. Estes dados, decorrentes dos estudos qualitativos, são corroborados em termos quantitativos, com os PS a apresentarem na subescala "Insight acerca da obesidade" um *score* médio de 2.79, indicando que estes discordam da capacidade destes doentes reconhecerem a obesidade como um problema de saúde, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de profissionais. Esta desvalorização da doença é ainda indicada pelos participantes, nos estudos qualitativos, como uma barreira para a intervenção, contribuindo, no entender dos entrevistados, para a não adesão dos sujeitos.

No que diz respeito às crenças quanto às causas da obesidade, verifica-se uma congruência entre os dados qualitativos e quantitativos, reforçando-se não só o papel do ambiente obesogénico (Hill & Peters, 1998; Swinburn, Egger, Ph, & Raza, 1999) no desenvolvimento desta doença, como atribuindo-se também a responsabilidade da sua evolução ao sujeito obeso, com os participantes a reportarem uma forte concordância com as causas comportamentais apresentadas ( $M = 4.47$ ). Tal como foi indicado nos

Capítulos III e V, à semelhança do que é defendido por Ogden et al. (2001), a obesidade é perspectivada em termos de responsabilização dos obesos, em que estes são vistos como os causadores da sua condição, devido aos maus hábitos alimentares que apresentam e elevado sedentarismo, mas também como os responsáveis principais pela solução do seu problema. Esta ideia é fortemente reforçada pelos dados qualitativos e expressa na categoria "exigências do tratamento", na qual se estabelece e salienta o papel ativo que os sujeitos devem possuir na alteração do seu estilo de vida com vista ao alcance de uma perda de peso bem sucedida.

No entanto, do ponto de vista dos participantes, o comportamento dos obesos reflete exatamente o oposto a esta postura ativa que o tratamento exige. À semelhança da literatura existente (Budd, Mariotti, Graff, & Falkenstein, 2011; Campbell & Crawford, 2000; Teixeira, Pais-Ribeiro, & Maia, 2012), os doentes obesos são descritos de forma negativa, apresentando um papel passivo e problemas de adesão, levando, nos estudos qualitativos, à conclusão de que os PS apresentam atitudes negativas face a estes doentes. No entanto, em termos quantitativos, apesar dos *scores* médios apontarem também para a existência de atitudes negativas face aos obesos, as pontuações refletem alguma moderação na tomada de posições mais extremadas, apontando para uma certa ambivalência, podendo significar algum cuidado da parte dos respondentes em não efetuar generalizações em relação ao comportamento dos obesos. Salienta-se ainda o facto da pontuação mais elevada ocorrer na subescala relativa à "Incapacidade de mudança" dos obesos ( $M = 3.73$ ) e de terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, com o grupo dos nutricionistas a apresentar uma maior concordância neste domínio do que os MF e os enfermeiros. Este dado é deveras surpreendente, principalmente tendo em conta os dados descritos no Capítulo III, relativamente à "perceção do processo de mudança". Nesse estudo esta categoria não só reflete semelhanças entre os nutricionistas e os enfermeiros (contrariamente aos dados quantitativos), como ainda remete para o facto de ambos os grupos perspectivarem a motivação dos obesos num *contínuum*, em que estes doentes são capazes de evoluir de um pólo negativo, que reflete as dificuldades de adesão às mudanças do estilo de vida, para um pólo positivo, no qual já efetuam essas mesmas mudanças. Neste estudo observou-se uma notória ênfase na capacidade de mudança dos obesos, que não está de acordo com os resultados quantitativos. No entanto, salienta-se que esta evolução parte invariavelmente do pólo negativo para o positivo. O que os dados qualitativos acrescentam face aos quantitativos é que é necessária a intervenção dos PS para que as

mudanças ocorram. Ou seja, é sugerido que, sem esta intervenção, os obesos não modificariam o seu comportamento o que, de certo modo, poderá estar de acordo com os dados quantitativos quanto à concordância face à incapacidade de mudança dos obesos.

Estes dados qualitativos vêm igualmente salientar o papel ativo que os nutricionistas e os enfermeiros demonstram ter na intervenção desta doença. Embora em termos quantitativos seja possível perceber que todos os profissionais concordam fortemente que a intervenção na obesidade faz parte das suas funções ( $M = 4.27$ ), corroborando os dados da literatura (Campbell & Crawford, 2000; Jallinoja et al., 2007; Teixeira et al., 2012), este estudo alerta para diferenças significativas ( $p < .001$ ), com os nutricionistas a identificarem mais fortemente o seu papel nesta tarefa, o que reforça resultados de estudos anteriores que indicam este grupo como líder na intervenção na obesidade (Barr, Yarker, Levy-Milne, & Chapman, 2004; Campbell & Crawford, 2000). Os dados qualitativos permitem esclarecimentos adicionais face às diferenças verificadas, ao acederem à perceção e posicionamento destes profissionais face à integração da intervenção na obesidade nas suas funções. De acordo com os dados apresentados no Capítulo II, os MF percebem-se de forma negativa, sentindo-se pouco eficazes nas suas intervenções, relatando baixas expectativas de resultados, dificuldades na abordagem da obesidade e sentimentos de frustração que parecem conduzir à adoção de um papel passivo. Os dados quantitativos reforçam em certa medida estes resultados, com os MF a demonstrarem-se ambivalentes face à “Eficácia percebida” ( $M = 3.14$ ) e às “Dificuldades e sentimentos” de recompensa e frustração face ao tratamento desta doença ( $M = 3.36$ ). No entanto, discordam com o “Desinvestimento” do tratamento ( $M = 2.00$ ). Estes resultados vêm de certo modo confirmar o dilema ético descrito no Capítulo II, no qual os MF percebem-se negativamente face ao tratamento, mas, por concebê-lo como parte integrante das suas funções, não desistem dele.

Contrariamente, os enfermeiros e os nutricionistas, tal como se concluiu nos Capítulos III e IV, parecem perceber-se como tendo um papel ativo no tratamento da obesidade, percebendo-se como agentes potenciadores da mudança comportamental dos obesos, acreditando nos resultados da persistência das suas intervenções e apresentando menores dificuldades de abordagem e menor frustração. No entanto, os dados quantitativos relativamente aos enfermeiros não refletem totalmente os dados qualitativos, uma vez que estes se demonstram ambivalentes face à “Eficácia percebida”



( $M = 3.22$ ) e às “Dificuldades e sentimentos” de recompensa e frustração face ao tratamento desta doença ( $M = 3.25$ ). Apesar disso, discordam igualmente com o “Desinvestimento” do tratamento ( $M = 2.11$ ), o que pode advir igualmente de um conflito ético entre “vontade de desistir” vs “obrigação em tratar” (Jallinoja et al., 2007) ou pode confirmar o seu envolvimento ativo no tratamento desta doença. Efetivamente, estudos anteriores demonstraram que o grupo dos enfermeiros tende a sentir-se comprometido com o tratamento da obesidade, acreditando nas suas competências para promover a mudança comportamental dos obesos apesar de, simultaneamente, considerarem a eficácia dos resultados obtidos baixa. Segundo os autores destes estudos, para estes profissionais, o seu investimento e competência são independentes dos resultados obtidos, já que estes dependem, primeiramente, da adesão dos obesos (Hoppé & Ogden, 1997; Jallinoja et al., 2007). Estes dados são corroborados pelos dados qualitativos apresentados no Capítulo III, mas as diferenças encontradas em termos quantitativos carecem de mais investigação.

No que diz respeito aos nutricionistas, verifica-se uma coerência entre os dados qualitativos e quantitativos, o que reforça os resultados para este grupo quanto ao papel ativo no tratamento da obesidade, perceção de eficácia ( $M = 4.03$ ) e sucesso ( $M = 4.27$ ) no tratamento e baixa perceção de dificuldades e de sentimentos como a frustração. Todavia, neste último domínio verifica-se uma certa ambivalência ( $M = 3.10$ ) que, tendo em conta as diferenças percebidas no estudo relatado no Capítulo IV entre o setor público e privado, talvez possa ser explicada pelo facto de metade dos participantes que responderam *online* trabalhar no setor privado e a restante metade no setor público ou em ambos os setores. Além disso, as diferenças significativas verificadas em todas as dimensões em relação às “Crenças face ao tratamento da obesidade” e às “Dificuldades e sentimentos face ao tratamento” (todos  $p < .001$ ), confirmam que este grupo, relativamente aos MF e aos enfermeiros, não só se percebe como mais eficaz no tratamento da obesidade, como apresenta uma definição mais apurada de sucesso na perda de peso, percebe menos dificuldades e menos frustração e discorda fortemente do “Desinvestimento” do tratamento da obesidade (c.f.: tabela 2, Capítulo V). Este último dado vem ainda confirmar a categoria central identificada nos dados qualitativos, referente à “Persistência” (c.f.: Capítulo IV), assim como corrobora qualitativa e quantitativamente os resultados dos estudos de Chapman et al. (2005) e de Stone e Werner (2012) relativamente à persistência dos nutricionistas e à crença nas suas

competências, que efetivamente parecem ser superiores às atitudes negativas demonstradas por estes profissionais face aos obesos.

Relativamente aos dados dos nutricionistas, salienta-se ainda que, se por um lado estas diferenças significativas confirmam as diferenças qualitativas entre estes profissionais e os MF (c.f.: Capítulo III), por outro evidenciam divergências face aos dados qualitativos obtidos com os nutricionistas e os enfermeiros. Mais especificamente, tendo em conta as semelhanças encontradas entre estes dois grupos em termos qualitativos, seria de esperar que não existissem diferenças em termos quantitativos. Contudo, estes grupos diferem significativamente em todas as dimensões, com exceção da subescala relativa às "Dificuldades e sentimentos" ( $p = .073$ ). Estes resultados denotam mais uma vez a necessidade de mais investigação junto de estes profissionais no sentido de se obter uma melhor compreensão destas diferenças.

No que concerne às práticas, em termos qualitativos, foi possível retirar algumas conclusões acerca de eventuais relações entre as atitudes demonstradas por estes PS, o papel percebido e as práticas implementadas. Com este estudo foi possível perceber que as atitudes negativas e o papel passivo dos MF parecem influenciar negativamente as suas práticas, traduzindo-se num desinvestimento no tratamento (c.f.: Capítulo II). Através dos dados dos Capítulos III e IV, depreende-se que no caso dos enfermeiros e dos nutricionistas, as suas atitudes negativas face aos obesos não parecem influenciar a forma como percebem o seu papel, nem as suas práticas, que se caracterizam pela pró-atividade e persistência. Em termos quantitativos, contudo, não é possível retirar tais conclusões, visto não se terem realizado testes estatísticos nesse sentido. O Capítulo V, tratando-se de um estudo exploratório, prendeu-se apenas com a análise dos *scores* médios relativos à frequências das práticas e com a comparação entre os três grupos de profissionais. Importa salientar que os resultados obtidos parecem indicar um certo enviesamento no sentido de refletir aquilo que é esperado que os PS façam. Ou seja, os *scores* médios apontam para frequências elevadas e pouco verificadas na literatura (Brown & Thompson, 2007; J Ogden et al., 2001; Jane Ogden & Flanagan, 2008; Swift, Hanlon, Puhl, & Glazebrook, 2012), sugerindo que as práticas apresentadas, com exceção da implementação das estratégias cognitivo-comportamentais e dos encaminhamentos, são aplicadas "sempre". Ainda assim, este estudo revelou uma coerência entre as práticas mais frequentemente mencionadas nas entrevistas - promoção de mudanças no estilo de vida relacionadas com os hábitos alimentares e a prática de exercício físico - e as práticas mais frequentemente implementadas. No

entanto, aquilo que é de salientar, para além do que já foi mencionado na discussão do Capítulo V, diz respeito às diferenças significativas encontradas entre os nutricionistas e os MF e os enfermeiros (todos  $p < .001$ ). Este dado é relevante principalmente no que concerne à avaliação dos obesos e à implementação de estratégias cognitivo-comportamentais. Também em termos qualitativos, este grupo apresenta uma elevada preocupação em compreender as dificuldades dos doentes obesos e o contexto familiar e sociocultural envolvente por forma a adaptar a estratégias utilizadas, facilitando assim a adesão dos doentes. No entanto, tal como foi referido no Capítulo V, as diferenças relativas às estratégias cognitivo-comportamentais, mais frequentemente utilizadas por este grupo, não só refletem o reconhecimento da importância e mais valia destas para o alcance das mudanças comportamentais desejadas, como traduzem a "persistência" dos nutricionistas ao implicarem mais tempo e mais investimento na sua implementação. Outro aspeto a salientar relativamente às diferenças encontradas, prende-se com o facto de, mais uma vez, nutricionistas e enfermeiros se diferenciarem. Embora, em termos qualitativos, as práticas não tenham sido abordadas em função da frequência, o facto de os resultados apontarem para uma semelhança das mesmas entre nutricionistas e enfermeiros, assim como um comportamento de persistência para ambos os grupos, seria expectável que estas semelhanças se traduzissem em termos quantitativos, o que mais uma vez não se verifica. Um conjunto de fatores poderão estar a contribuir para estas diferenças, nomeadamente, o facto de metade da amostra nos nutricionistas trabalhar no setor privado, no qual, de acordo com os dados do Capítulo IV, não parecem existir barreiras importantes face à sua intervenção, e de toda a amostra relativa ao grupos dos enfermeiros ser proveniente do setor público. Os PS neste último setor parecem encontrar mais dificuldades e barreiras organizacionais, tais como limites de tempo e avaliações de desempenho, que poderão contribuir para uma diminuição das práticas implementadas, traduzindo-se em diferenças significativas relativamente aos nutricionistas. Por outro lado, a literatura tem apontado para um conhecimento desadequado destes profissionais face à implementação de um conjunto de estratégias no tratamento da obesidade, levando a uma diminuição da implementação das mesmas (Nolan, Deehan, Wylie, & Jones, 2012; Phillips, Wood, & Kinnersley, 2014). Além do mais, no setor público, os enfermeiros trabalham em forte colaboração e parceria com os MF, o que também poderá influenciar as suas práticas, tornando-as mais semelhantes e coerentes com as práticas manifestadas por este grupo.

Efetivamente, e tal como é referido na atual literatura, os PS enfrentam inúmeras barreiras no tratamento da obesidade (Gunther, Guo, Sinfield, Rogers, & Baker, 2012), verificando-se uma coerência entre as barreiras identificadas qualitativa e quantitativamente. O que os resultados estatísticos acrescentam face aos qualitativos, prendem-se com a preconização da falta de adesão dos obesos como a principal barreira à intervenção ( $M = 4.01$ ) e o facto de existirem diferenças significativas entre os PS relativamente às barreiras estruturais ( $p < .01$ ), com os MF a apresentarem uma maior concordância com as mesmas.

Em suma, a integração dos dados revela a existência de semelhanças e diferenças entre os MCGF, os enfermeiros e os nutricionistas portugueses, bem como uma coerência entre os resultados obtidos qualitativa e quantitativamente, verificando-se, contudo, algumas diferenças entre os enfermeiros e os nutricionistas. Efetivamente, em termos de dados qualitativos, os nutricionistas e enfermeiros revelam-se semelhantes entre si, o que, em termos estatísticos não se verifica na maioria das dimensões avaliadas e a não se registarem diferenças significativas entre os enfermeiros e os MF. Importa ainda salientar a coerência dos dados relativamente aos MCGF, os quais em grande medida confirmam os resultados obtidos na revisão sistemática apresentada no Capítulo I. As divergências verificadas em termos qualitativos e quantitativos no grupo dos enfermeiros vai de encontro a alguns dos dados existentes na literatura, os quais tendem, inclusivamente a descrever ou caracterizar este grupo com base num conjunto de dilemas (Brown & Thompson, 2007; Hoppé & Ogden, 1997; Jallinoja et al., 2007), o que também se constatou com este estudo. Relativamente aos nutricionistas, verifica-se também uma congruência entre os resultados qualitativos e quantitativos. No entanto, as conclusões alusivas a este grupo e as comparações efetuadas entre os MF e os enfermeiros carecem de cuidados redobrados tendo em conta, não só o facto de estes terem sido avaliados em contexto público e privado, o que acabou por revelar diferenças essenciais para uma melhor compreensão das crenças e práticas destes profissionais, como também pelo facto de, em termos quantitativos, se manter esta diferença de contextos de trabalho e de os dados não se limitarem a uma área única geográfica. Ou seja, fatores culturais e organizacionais poderão ter afetado os resultados, nomeadamente, a importância atribuída à comida, a forma de relacionamento médico-doente, o facto de em Portugal o número de obesos se concentrar mais na zona norte do país (Carmo et al., 2008), assim como o facto de esta zona possuir um maior número de profissionais de saúde em CSP (Nunes et al., 2012).

Considerando os nossos objetivos, a opção da utilização de um *design* misto para uma primeira abordagem e exploração das crenças, atitudes e práticas dos PS portugueses em contexto de CSP relativamente à obesidade e aos obesos permitiu efetivamente aceder a aspetos menos conseguidos por estas abordagens quando utilizadas separadamente e proporcionar um primeiro *insight* e compreensão acerca das perceção destes PS face ao fenómeno complexo da obesidade. Por outro lado as aparentes contradições sugerem várias áreas que devem ser melhor exploradas e compreendidas, quer pelo aprofundamento dos dados quantitativos, que pela continuação das tentativas de compreender os fenómenos em estudo dando voz aos seus intervenientes.

### **Limitações**

As características metodológicas do presente estudo, o facto do número de entrevistas realizadas ser coerente com o que se preconiza na investigação qualitativa (Bernard & Ryan, 2010; Sandelowski, 1995), o número de participantes obtido em termos quantitativos e a taxa de resposta obtida em termos de instituições e participantes, a qual se assemelha às investigações realizadas neste domínio, conferem robustez à investigação desenvolvida.

No entanto, é possível identificar um conjunto de limitações as quais importa salientar. Nomeadamente, a primeira limitação prende-se com o facto do estudo se ter desenvolvido na zona Litoral Norte do país. Tal como já foi mencionado, acredita-se existirem diferenças culturais e organizacionais que se poderão refletir nos dados obtidos. Tal como é mencionado nos Capítulos II, III e IV, procurou-se obter alguma variabilidade ao entrevistar-se profissionais de áreas urbanas e rurais. No entanto, este aspeto não é explorado ao longo de todo o trabalho, nem o foi nas análises desenvolvidas. Todavia, alguns PS apontaram diferenças, principalmente no que concerne à adesão dos obesos, o que evidencia que, possivelmente poderão ser encontradas diferenças nos discursos e nas respostas dos PS com a replicação do estudo no Interior do país.

Outra limitação prende-se com as características demográficas dos participantes, quer em termos qualitativos, quer em termos quantitativos. No que concerne à idade e anos de experiência dos participantes, verifica-se que não só os grupos apresentam uma elevada disparidade entre si, como dentro dos próprios grupos de participantes registam-

se diferenças elevadas entre a idade mínima e a idade máxima. A recolha de dados qualitativa dependeu em grande medida dos profissionais que aceitaram participar no estudo, não sendo possível controlar este aspeto. Em termos quantitativos, a realização de ANCOVAS, utilizando a idade como covariante, permitiu um controlo dos efeitos da idade nos resultados obtidos. No entanto, o mesmo deveria ter sido realizado em relação ao IMC dos participantes. Esta medida também se diferencia entre os três grupos e não se sabe em que medida também poderá influenciar os dados obtidos. Apesar das amostras serem constituídas maioritariamente por elementos do sexo feminino, não foi também verificado se existiam relações ou diferenças com as variáveis avaliadas quantitativamente.

Tal como já foi mencionado anteriormente, a opção de recolha de dados *online* para o grupo dos nutricionistas, apesar de ter sido considerada a opção mais viável tendo em conta a escassez deste recurso nas instituições de saúde contactadas, levanta problemas quanto à realização de comparações com o grupo dos MF e dos enfermeiros, pela impossibilidade de controlo do contexto de trabalho e da área geográfica dos participantes.

O questionário desenvolvido para os propósitos do estudo, apesar de apresentar características metrológicas razoáveis e de ter sido devidamente validado, apresenta limitações quanto à sua extensão e construção de alguns itens. De igual modo, tal como mencionado anteriormente, os elevados *scores* médios registados em algumas dimensões, principalmente no que concerne à frequência das práticas, remete para a possibilidade de ter ocorrido desejabilidade social nas respostas dadas. A forma como os dados foram tratados e apresentados no presente estudo poderão ter sido redutoras tendo em conta os dados disponíveis. Ou seja, nada se sabe sobre a existência de possíveis relações entre o IMC, o sexo e a idade ou anos de experiências dos participantes relativamente às atitudes e práticas implementadas. Este aspeto tem sido pouco estudado na literatura, mas os dados existentes indicam que quanto mais avançada for a idade dos PS menos atitudes negativas se verificam face aos obesos (Brown & Thompson, 2007; Ferrante, Piasecki, Ohman-Strickland, & Crabtree, 2009) e quanto maior for o IMC dos PS mais problemas estes apresentam na abordagem dos obesos, assim como as práticas implementadas são menos frequentes (Brown & Thompson, 2007; Phillips et al., 2014). Outros dados estatísticos deveras importantes ficaram também por explorar. Nomeadamente, será extremamente enriquecedor perceber não só que relações existem entre as crenças e as atitudes e as práticas

implementadas, como também verificar que variáveis do estudo predizem as práticas desencadeadas por estes PS. Urge assim a necessidade de se desenvolverem estudos futuras que usem estes dados quantitativos para dar resposta a estas questões de investigação, trazendo uma nova luz sobre estes aspetos.

### **Implicações para a prática**

Tal como mencionado na introdução do presente trabalho, com a realização desta investigação pretendia-se contribuir para o aumento do corpo de conhecimento na área da obesidade em Portugal, com vista a uma melhoria dos serviços de saúde prestados aos sujeitos obesos.

Whitlock, Orleans, Pender e Allan (2002) afirmam que a intervenção nos CSP não poderá revelar-se eficaz enquanto, por um lado, não se compreenderem as barreiras que os PS, doentes e o próprio sistema de saúde enfrentam e, pelo outro, não se delinearem estratégias adequadas que ultrapassem essas mesmas barreiras. Este estudo revelou um conjunto de barreiras e lacunas relativamente à organização dos CSP e à formação dos PS que devem ser tomadas em consideração.

Primeiramente, destaca-se a escassez de nutricionistas nos CSP. Perante os dados descritos ao longo deste trabalho relativamente à sua eficácia e intervenção desenvolvidas, e dada a crescente importância atribuída nos CSP às equipas multidisciplinares, torna-se premente o desenvolvimento de políticas de saúde que promovam o aumento do número destes profissionais nos CSP. Tratando-se a obesidade uma doença do foro comportamental, seria igualmente importante o aumento do número de psicólogos que pudessem integrar estas equipas, facilitando uma intervenção mais eficaz.

De igual modo, tendo em conta a predisposição destes profissionais para efetuarem intervenções em grupo, as quais têm sido referidas não só como eficazes na promoção da perda de peso e mudanças comportamentais na obesidade, mas também como económicas a longo prazo (Pritchard, Hyndman, & Taba, 1999; Renjilian et al., 2001), dever-se-ia divulgar mais este formato de intervenção junto dos outros PS e da própria comunidade para que preconceitos e barreiras organizacionais (ex.: limite de tempo de intervenção) fossem desconstruídas.

De igual modo, sabendo-se que a intervenção sucedida na obesidade depende em larga medida da implementação de estratégias de mudança comportamental que exigem

tempo e recursos (Cowburn & Summerbell, 1998; Zinn, Schofield, & Hopkins, 2013), aspetos que os PS apontam como barreiras à intervenção, poder-se-ia pensar no desenvolvimento de "consultas de obesidade", também nos CSP, à semelhança do que acontece com as "consultas de hipertensão" ou "consultas de diabetes".

No entanto, para o desenvolvimento dessas medidas, e tendo em conta os dados do presente estudo, seria importante investir na formação dos PS no que concerne à aquisição de conhecimentos e competências em termos nutricionais e em termos de implementação de estratégias de mudança comportamental e promoção da motivação dos doentes. Estudos realizados com estudantes finalistas de medicina, enfermagem e nutrição indicam que estes apresentam atitudes negativas face aos obesos e ausência de conhecimentos adequados no que concerne a estratégias de mudança comportamental (Berryman, Dubale, Manchester, & Mittelstaedt, 2006; Swift et al., 2012; Swift, Sheard, & Rutherford, 2007). Seria assim igualmente importante repensar os atuais currículos académicos no sentido de incluírem e darem mais ênfase à intervenção da obesidade e de promoverem a aquisição de conhecimentos nestes domínios. Seria igualmente importante que estas formações sensibilizassem os PS para o modo como as suas crenças poderão influenciar as suas práticas, o relacionamento com os utentes e a adesão terapêutica dos mesmos.

Por fim, dada a inexistência de *guidelines* nacionais para a intervenção na obesidade, seria deveras importante para a definição de papéis e funções na intervenção desta doença e implementação de práticas adequadas, o desenvolvimento de orientações adequadas à realidade dos CSP em Portugal.

### **Futuras investigações**

Este estudo, pelo seu carácter inovador e exploratório, iniciou uma caminhada no domínio do estudo das crenças, atitudes e práticas dos PS em relação à obesidade. Os dados obtidos abrem outros e novos caminhos a serem investigados no âmbito desta temática.

Um possível passo seguinte a esta investigação prende-se com a averiguação da eficácia das intervenções destes três grupos de PS. Seria importante perceber como é que aquilo que os PS dizem fazer se traduz em termos de perda de peso e mudanças de estilo de vida, não só através da intervenção individual, como através da intervenção em grupo e através da intervenção em equipa multidisciplinar. Do mesmo modo, seria



igualmente importante averiguar os custos que cada uma destas intervenções, quer a curto, quer a longo prazo.

A colaboração entre PS foi algo que ficou por abordar neste estudo. Nos estudos qualitativos, alguns profissionais mencionaram alguns problemas de comunicação ou diferentes posicionamentos face à intervenção na obesidade, mas esta temática não foi devidamente explorada. No entanto, a colaboração é cada vez mais defendida nos CSP. Assim, interessa compreender que perceções é que os PS possuem acerca uns dos outros em relação ao papel, funções, modo de atuar e resultados obtidos na intervenção da obesidade. Interessa também averiguar como se estabelece a comunicação entre estes e que barreiras existem na constituição destas equipas.

As diferenças verificadas em termos de setor público e privado são merecedoras de mais atenção. Não só importa perceber se efetivamente estes setores se diferenciam em termos de eficácia e resultados alcançados, como importa também compreender o que contribui para esses resultados.

Tal como se mencionou anteriormente, o desenvolvimento de *guidelines* orientadoras da ação dos PS na intervenção na obesidade facilitaria o trabalho destes profissionais, assim como poderia permitir práticas eficazes e concertadas. No entanto, a literatura indica que a não utilização destas linhas de orientação deve-se ao facto dos PS as considerarem descontextualizadas e desadequadas. Assim, seria benéfico aceder à perceção dos PS aquando do desenvolvimento das mesmas para que estas sejam adequadas à realidade e condições de trabalho destes profissionais.

Alguns estudos têm indicado que um dos fatores que parece também estar a contribuir para o fracasso das intervenções na obesidade, diz respeito a discrepâncias entre as perceções dos doentes obesos e dos PS em relação ao tratamento da obesidade (Campbell & Crawford, 2000; Chapman et al., 2005; Moore et al., 2003; Jane Ogden & Flanagan, 2008; Tan, Zwar, Dennis, & Vagholkar, 2006). Até à data, esta parece ser uma temática inexplorada em Portugal, pelo que seria interessante abordar este tópico e, posteriormente, comparar com os resultados que este estudo produziu em relação às crenças face à obesidade e à intervenção na mesma.

## Referências

- Barr, S. I., Yarker, K. V., Levy-Milne, R., & Chapman, G. E. (2004). Canadian dietitians' views and practices regarding obesity and weight management. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 17, 503–12. doi:10.1111/j.1365-277X.2004.00562.x
- Bernard, H., & Ryan, G. (2010). *Analyzing Qualitative Data: systematic approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Berryman, D. E., Dubale, G. M., Manchester, D. S., & Mittelstaedt, R. (2006). Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 1678–82. doi:10.1016/j.jada.2006.07.016
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 329–41. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x
- Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 535–43. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04450.x
- Budd, G. M., Mariotti, M., Graff, D., & Falkenstein, K. (2011). Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Applied Nursing Research*, 24, 127–37. doi:10.1016/j.apnr.2009.05.001
- Campbell, K., & Crawford, D. (2000). Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(6), 701–10.
- Carmo, I., Dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ... Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 9, 11–9. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x
- Chapman, G. E., Sellaeg, K., Levy-milne, R., Ottem, A., Barr, S. I., Fierini, D., ... Focus, W. (2005). Canadian Dietitians' Approaches to Counseling Adult Clients Seeking Weight-Management Advice. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 1275–1279. doi:10.1016/j.jada.2005.05.004

- Cowburn, G., & Summerbell, C. (1998). A survey of dietetic practice in obesity management. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 11, 191–195. doi:10.1046/j.1365-277X.1998.00096.x
- Ferrante, J. M., Piasecki, A. K., Ohman-Strickland, P. a, & Crabtree, B. F. (2009). Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity*, 17, 1710–6. doi:10.1038/oby.2009.62
- Forman-Hoffman, V., Little, A., & Wahls, T. (2006). Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Family Practice*, 7, 35–46. doi:10.1186/1471-2296-7-35
- Gunther, S., Guo, F., Sinfield, P., Rogers, S., & Baker, R. (2012). Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities. *Quality in Primary Care*, 20(2), 93–103.
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 224–235. doi:10.1037/0022-0167.52.2.224
- Hill, J., & Peters, J. (1998). Enviromental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371–1374.
- Hoppé, R., & Ogden, J. (1997). Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 21(2), 141–6.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change : Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244–249. doi:10.1080/02813430701691778
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2007). A typology of mixed methods research designs. *Quality & Quantity*, 43, 265–275. doi:10.1007/s11135-007-9105-3
- Moore, H., Summerbell, C. D., Greenwood, D. C., Tovey, P., Griffiths, J., Henderson, M., ... Adamson, A. J. (2003). Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. *BMJ : British Medical Journal*, 327, 1–5.
- Nolan, C., Deehan, A., Wylie, A., & Jones, R. (2012). Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. *Primary Health Care Research & Development*, 13, 353–63. doi:10.1017/S1463423612000059

- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., ... Ramos, V. (2012). *Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde*. Ministério Da Saúde.
- Ogden, J., Bandara, I., Cohen, H., Farmer, D., Hardie, J., Minas, H., ... Whitehead, M. a. (2001). General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Education and Counseling*, 44(3), 227–33.
- Ogden, J., & Flanagan, Z. (2008). Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Education and Counseling*, 71, 72–8. doi:10.1016/j.pec.2007.11.022
- Phillips, K., Wood, F., & Kinnersley, P. (2014). Tackling obesity : the challenge of obesity management for practice nurses in primary care, 31, 51–59. doi:10.1093/fampra/cmt054
- Pritchard, D., Hyndman, J., & Taba, F. (1999). Nutritional counselling in general practice: A cost effective analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53, 311–316.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 717–21.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179–83.
- Stone, O., & Werner, P. (2012). Israeli dietitians' professional stigma attached to obese patients. *Qualitative Health Research*, 22, 768–776. doi:10.1177/1049732311431942
- Swift, J. A., Hanlon, S., Puhl, R. M., & Glazebrook, C. (2012). Weight bias among UK trainee dietitians , doctors , nurses and nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26, 395–402. doi:10.1111/jhn.12019
- Swift, J. A., Sheard, C., & Rutherford, M. (2007). Trainee health care professionals ' knowledge of the health risks associated with obesity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20, 599–604.
- Swinburn, B., Egger, G., Ph, D., & Raza, F. (1999). Dissecting Obesogenic Environments : The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Preventive Medicine*, 29, 563–570.

- Tan, D., Zwar, N. A., Dennis, S. M., & Vagholkar, S. (2006). Weight management in general practice: what do patients want? *The Medical Journal of Australia*, 185(2), 73–5.
- Teixeira, F. V., Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, Â. R. P. D. C. (2012). Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 58(2), 254–62.
- Whitlock, E., Orleans, T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: an evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267–284.
- Zinn, C., Schofield, G., & Hopkins, W. G. (2013). Management of adult overweight and obesity: Consultation characteristics and treatment approaches of private practice dietitians. *Nutrition & Dietetics*, 70, 113–119. doi:10.1111/j.1747-0080.2012.01639.x